

Patient rapporteringer

- partnerskab med patienterne på Kong Chr. X's Gigthospital omkring rapporteringer af fejl/nærfejl og utilsigtede hændelser



Foto Claus Thorsted

Udarbejdet af
Kvalitetskoordinator og patientsikkerhedsansvarlig
Jette Primdahl
Kong Chr. X's Gigthospital i Gråsten
14. marts 2007

Indholdsfortegnelse

<i>Indholdsfortegnelse</i>	2
<i>Forord</i>	4
<i>Dansk resumé</i>	4
<i>Engelsk résumé</i>	5
<i>Indledning og baggrund</i>	6
<i>Projektets problemstilling</i>	8
<i>Formål med projektet</i>	8
<i>Materiale og metode</i>	9
<i>Fase 1: Planlægning</i>	9
<i>Fase 2: Afvikling af udskrivelsesinterview med patienter</i>	11
<i>Resultater fra udskrivelsesinterviewene</i>	12
<i>Uheldige hændelser og fejl</i>	17
<i>Temaer for hvad patienterne finder særligt positivt</i>	19
<i>Patienternes kommentarer vedrørende skriftlig rapportering af utilsigtede hændelser og fejl</i>	20
<i>Ønsker til personalets reaktion ved evt. fejl</i>	21
<i>Andre kommentarer</i>	21
<i>Konklusioner på udskrivelsesinterviews</i>	22
<i>Resultaterne set i relation til resultaterne fra Risø</i>	23
<i>Risici for fejl</i>	23
<i>Hvad vil patienterne gerne have der bliver gjort?</i>	24
<i>Fase 3: Afprøvning af skema 1, undervisning og informationsmateriale</i>	25
<i>Hvilke hændelser var det patienterne indrapporterede?</i>	26
<i>Fase 4: Evaluering af patienternes og personalets oplevelser med patientindberetninger</i>	29
<i>Interaktion i interviewene</i>	31
<i>Analyse af patienternes fokusgruppeinterviews</i>	32
<i>Patienternes ideer til forskellige tilbagemeldingsmetoder</i>	32
<i>Patienternes holdning til indberetningsskemaerne</i>	33
<i>Tidspunkt for præsentation af indberetningsskemaerne</i>	33
<i>Introduktionen til skemaerne</i>	34
<i>Patienternes forståelse for skemaernes formål</i>	34
<i>Patienternes forslag til ændring af skemaerne</i>	35

Barrierer for patienternes tilbagemeldinger vedr. fejl og utilsigtede hændelser	35
<i>Analyse af fokusgruppeinterview med plejepersonale</i>	38
Personalets ideer til forskellige tilbagemeldingsmetoder	38
Personalets holdninger til indberetningsskemaerne	38
Tidspunkt for præsentation af skemaerne.....	39
Introduktion til skemaerne.....	40
Personalets forståelse for skemaernes formål	40
Personalets forslag til ændring af skemaerne.....	40
Barrierer for patienternes tilbagemeldinger vedr. fejl og utilsigtede hændelser	41
Personalets opfattelse af opfølgning på indberetningerne.....	42
<i>Konklusion på fokusgruppeinterviewene</i>	43
<i>Diskussion af resultaterne fra de skriftlige patientrapporteringer sammenholdt med udskrivelsesinterviewene omkring uheldige oplevelser</i>	45
<i>Metodediskussion</i>	47
Projektets organisering.....	48
<i>Ressourceforbrug og resultater</i>	49
<i>Perspektivering</i>	50
<i>Referencer</i>	54
<i>Bilag 1: Interviewguide til udskrivelsesinterviews med patienter omkring patientoplevelser i relation til utilsigtede hændelser og fejl:</i>	57
<i>Bilag 2: Skema til skriftlig rapportering af fejl og uheldige hændelser.</i>	58
<i>Bilag 3: Brev til patienterne før fokusgruppeinterview:</i>	59
<i>Bilag 4: Brev til plejepersonalet før fokusgruppeinterview:</i>	60
<i>Bilag 5: Patienttilfredshedsskema 2007 på KCG</i>	61

Forord

Dette projekt er udviklet i samarbejde med Gigtforeningens sekretariat på basis af en fælles interesse for at undersøge, hvordan vi bedst kan medinddrage patienterne omkring risikostyring, og om det overhovedet er muligt at lade patienterne indgive skriftlig rapportering af utilsigtede hændelser eller fejl. Undervejs har vores hovedfokus været på læring, og vi har opfattet projektet som et kvalitetsudviklingsprojekt. Vi har taget udgangspunkt i de lokale risici og vores patientgruppe, hvilket også fremgår af resultaterne, men der er dog meget, som vil være generelt anvendeligt. Den nærværende rapport medtager derfor åbent alle resultater og redskaber fra projektet i håb om, at den kan være til inspiration for andre, som ønsker at videreudvikle mulighederne for at inddrage patienterne omkring risikostyring og patientsikkerhed. Tak til Kvalitetschef i daværende Sønderjyllands Amt, Birgit Viskum, for sparring i forhold til udskrivelsesinterviews. Derudover vil jeg gerne takke styregruppen og personalet i øvrigt for engagement undervejs på trods af, at der har været mange andre "skibe i søen" samtidig med dette projekt.

Dansk resumé

Projektets formål

Formålet med projektet var at undersøge, hvordan vi bedst kan inddrage vore patienter med henblik på at udvikle risikostyringen ved hjælp af patientrapporteringer om utilsigtede hændelser og fejl.

Metode

Gennem 25 individuelle udskrivelsesinterviews med indlagte patienter blev temaer for proaktiv risikostyring identificeret. Patienterne blev også spurgt om de havde oplevet utilsigtede hændelser og fejl, og, hvordan personalet i så fald havde reageret, og hvordan patienterne gerne ville have, at de skulle reagere i tilfælde af fejl. Patienternes holdning til skriftlig rapportering blev også undersøgt. Et skema til skriftlig rapportering blev herefter udarbejdet og afprøvet. 4,3 % af patienterne indgav skriftlig rapportering af fejl eller "uheldige oplevelser". Andre valgte at skrive lignende oplevelser på det udleverede patienttilfredshedsskema. Via fokusgruppeinterviews blev såvel patienternes som plejepersonalets holdninger til muligheden for skriftlig rapportering for patienterne til slut undersøgt.

Konklusioner og perspektivering

Stikprøver med udskrivelsesinterviews, skriftlig rapportering af utilsigtede hændelser for patienter og fokusgruppeinterviews, viste sig alle som værdifulde metoder til, at inddrage patienterne omkring risikostyring og patientsikkerhed. Patienternes perspektiv supplerer personalets perspektiv værdifuldt, men organisationen skal være gearret til at arbejde med patienternes input, uanset om de af personalet defineres som fejl eller som input til kvalitetsudvikling. At arbejde med personalets værdier og holdninger er en vigtig forudsætning for, at det lykkes at inddrage patienterne positivt. Det er vigtigt, at personalet efterspørger patienternes input positivt, og at personalet ved, hvad rapporteringerne anvendes til, og hvordan der følges op på dem. For patienterne er det også vigtigt, at de føler, det er hændelser, vi kan lære noget af. Inddragelse af patienterne på forskellig vis i projektet har været med til at understøtte udviklingen af en stærk sikkerhedskultur på hospitalet.

Engelsk résumé

The purpose of the project was to investigate, how we can involve our patients in the best way, in order to develop the Risk management by reports from the patients concerning untoward incidents and mistakes.

Method. Through 25 individual discharge interviews with admitted patients, themes for proactive risk management were identified. The patients were also asked whether they had experienced untoward incidents or mistakes and how the staff had reacted in those cases and how the patients would have preferred them to react in case of a mistake. The patient's attitudes towards reports in writing were also examined. A form was developed and tested. 4,3 % of the patients handed in the form, with a reported untoward incident or mistake. Other patients choose to write similar experiences on the patient satisfaction forms that were handed out. The patients and the staff's attitudes towards to the option of written reports from the patients were finally examined through focus group interviews.

Conclusions and perspectives: Spot tests with discharge interviews, written reports of untoward incidents for patients and focus group interviews all showed to be valuable methods to involve the patients in risk management and patient safety. The patient's perspective complemented the staff's perspective in a valuable way, but the organization must be ready to handle the input from the patients whether they are defined as mistakes by the staff or as input for quality development. Working with the values, attitudes and opinions of the staff is an important condition in order to succeed in involving the patients in a positive way. It is important, that the staff ask for the patients input in a positive way, and that the staff know

how the reports are monitored and followed up upon. For the patients it is also important, that they feel that it concerns incidents which we can learn from. Involving the patients in different ways through this project supported the development of a strong safety culture in the hospital.

Indledning og baggrund

Kvalitetssikring, kvalitetsudvikling og risikostyring er for alvor kommet på dagsordenen inden for sundhedsvæsenet de senere år. Det er sket som led i den generelle udvikling i samfundet internationalt og nationalt. Der er politiske krav om systematisk kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, som det fremgår af f.eks. Regeringens moderniseringsprogram og National strategi for kvalitetsudvikling, hvor også brugerinddragelse og åbenhed er centrale temaer. Der er et tiltagende ønske og krav fra nogle af brugerne om et mere åbent og gennemsigtigt sundhedsvæsen, der anvender måling af kvalitet og fejl som grundlag for læring og udvikling til gavn for patienter/brugere/sundhedspersonale og ejere. (Patientforum og Delrapport II Risø 2004). Kontinuerlig kvalitetsudvikling, patientpartnerskab og risikostyring er også centralt i akkrediteringsarbejdet internationalt, nationalt og lokalt.

Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet med virkning fra 1. januar 2004 er vedtaget med henblik på at forbedre patientsikkerheden i sundhedsvæsenet. Den fordrer, at personalet rapporterer og analyserer utilsigtede hændelser. Ved utilsigtede hændelser forstås *"en begivenhed, der er en følge af behandling eller ophold på sygehus, og som ikke skyldes patientens sygdom, og som samtidig enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller på grund af andre omstændigheder ikke indtraf. Utilsigtede hændelser omfatter både på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl."* (§ 2 i lov nr. 429 af 10/06/2003).

En dansk pilotundersøgelse (Schiøler et al 2001) har ved gennemgang af 1100 patientjournaler vist, at 9 % af de udskrevne patienter havde været udsat for en utilsigtet hændelse, som i gennemsnit havde kostet 7 dages ekstra indlæggelse. I en rapport fra Hovedstadens Sygehusfællesskab 2004 har 15 % af patienterne angivet, at de har oplevet eller er blevet informeret om, at der er begået fejl i forbindelse med deres indlæggelsesforløb. Dette er genfundet i undersøgelse af lægers og sygeplejerskers vurdering af behandlingen i sundhedsvæsenet (Gyntelberg et al. 2006). I den landsdækkende undersøgelse af patienternes oplevelser på landets sygehuse 2006 (Enhed for brugerundersøgelser 2006) har i alt 20 % af patienterne angivet, at de har oplevet fejl under indlæggelsen. Lokalt på Kong Chr. X's

Gigthospital var der dog kun 12 % af patienterne, som angav, at de havde oplevet fejl. Så mange hændelser rapporteres endnu ikke af de sundhedsprofessionelle, hverken nationalt eller lokalt, og der er derfor god grund til at antage, at patienterne kan bidrage med hændelser, som vi kan drage læring af, med henblik på at forebygge eller reducere antallet af lignende hændelser. Patienterne kan gennem aktiv inddragelse stille sig selv, sine oplevelser og erfaringer til rådighed for sundhedsvæsenets personale og herigennem kan de medvirke til kvalitetssikring, udvikling og øget patientsikkerhed.

Det har også i forbindelse med implementeringen af Lov om patientsikkerhed været tanken, at primærsektoren skulle inddrages, når ordningen var blevet evalueret efter et par år, og at også patienter og pårørende skulle have muligheden for at rapportere fejl på sigt (Årsrapport DPSD 2005 s. 5). At det stadig er sundhedsministerens intention, fremgår af hans svar i Altinget 23. februar 2007 på spørgsmål S 2861.

Nationalt er det dog endnu ikke praksis, at patienter kan indgive læringsrapportering. At klage har derfor hidtil været den eneste mulighed for patienter til sikring af læring. Det betyder, at mange patienter klager uden at opnå det, de egentlig ønsker, nemlig primært at undgå gentagelse af hændelsen (Risø 2004). Samtidig kan personalet blive trukket igennem et klageforløb uden et sikkert konstruktivt udfald for nogle af parterne. Der mangler således erfaringer med at inddrage patienterne på dette område.

På Kong Chr. X's Gigthospital er kvalitetsudvikling, risikostyring, patientsikkerhed og patientinddragelse også gradvist blevet en stadig mere central del af hospitalets strategier og virke, hvilket ikke er uvæsentligt for hospitalets konkurrenceevne fremover, ligesom det har betydning for patientsøgning og personalerekrutteringsmuligheder. Hospitalets ydelser skal leve op til anerkendte standarder for god kvalitet, og vi akkrediteres hvert 3. år ved det engelske akkrediteringsfirma Health Quality Service.

I "Strategi for risikostyring" på Kong Chr. X's Gigthospital er der sat fokus på øget patientsikkerhed og dermed øget kvalitet i ydelserne. Ved at gøre dette område til fokusområde skærpes opmærksomheden og risikobevidstheden i organisationen og hos den enkelte patient til gavn for det samlede patientforløb og resultatet af dette. Målet er at lære af vore fejl, og at forebygge eller minimere skaderne ved eventuelle gentagne fejl.

Vores "Strategi for Partnerskab med patienterne" skal fremme patienternes tillid til hospitalet, og medvirke til at give patienten og personalet en oplevelse af høj kvalitet i opgaveløsningen. Patienterne skal inddrages i beslutninger, som vedrører den enkelte, fordi det giver bedre beslutninger og større tilfredshed samtidig med, at det understøtter patientens eget ansvar og

selvværd. Patienterne skal inddrages aktivt i beslutninger om hospitalets opgaveløsning for at bidrage med synspunkter fra oplevelser i det daglige, fordi det giver et mere rummeligt og sikkert sundhedsvæsen. Vi arbejder også kontinuerligt og systematisk med at udvikle kvaliteten på baggrund af patienternes tilbagemeldinger via vore patienttilfredshedsskemaer, som udleveres kontinuerligt til alle indlagte patienter (bilag 5).

"Gevinsten" for patienten skal ses i forhold til patientens muligheder for at medvirke til at påvirke systemet og systemets udøvere ud fra patienternes perspektiver. Som et eksempel på partnerskab med patienterne i forhold til patientsikkerhed deltog hospitalet i efteråret 2004 i pilottestningen af Trygfondens "10 gode råd" til patienter sammen med 4 andre hospitaler. Projektet havde til formål at skabe større sikkerhed for patienterne. Informationsmateriale til patienterne om, hvordan de kan medvirke til at øge sikkerheden og fungere som "barriere" mod fejl, er som opfølgning herpå blevet implementeret på hospitalet.

At undersøge, hvordan vi kan inddrage patienterne i at forebygge skader, utilsigtede hændelser samt at kvalitetssikre og udvikle systemet til gavn for egen person/andre ligestillede som "brugere" i systemet, har vi derfor set som et muligt udviklingsområde. Gigtforeningen, som ejer Kong Chr. X's Gigthospital og er medlem af Dansk selskab for patientsikkerhed, havde et ønske om at afprøve, hvorvidt patienterne ville rapportere fejl og utilsigtede hændelser skriftligt. Vi startede derfor i sensommeren 2005 "Projekt patientrapporteringer."

Projektets problemstilling

Hvordan kan vi bedst medinddrage patienterne på Kong Chr. X's Gigthospital med henblik på at udvikle risikostyringen ved hjælp af patientrapporteringer om utilsigtede hændelser og fejl?

Formål med projektet

Projektet skulle medvirke til og indgå som grundlag for det udviklingsarbejde, der allerede var sat i gang med at udvikle risikostyringen og opbygge en robust sikkerhedskultur på Kong Chr. X's Gigthospital. Projektet skulle derfor opfylde følgende delmål:

- Med udgangspunkt i erfaringerne fra Risøs fokusgruppeinterviews med patienter undersøges, hvad der skal tages hensyn til lokalt som temaer for proaktiv risikostyring.

- Tilvejebringe viden om, hvordan vi lokalt kan inddrage patienterne aktivt omkring patientrapporteringer af patientoplevede fejl, nærfejl og utilsigtede hændelser.
- Videreudvikle tiltagene mht. at forebygge og reducere antallet af patientskader, fejl og utilsigtede hændelser på baggrund af patientrapporteringerne.
- Skabe læring omkring partnerskab med patienterne og at tage udgangspunkt i patienternes perspektiv samt læring om, hvordan patienterne opfatter tiltagene.
- Medvirke til læring omkring patientsikkerhed, herunder skabe større fokus på rapporteringer af utilsigtede hændelser fra personalets side for alle personalegrupper.
- At fremme en positiv sikkerhedskultur, hvor vi "går efter bolden og ikke personen".

Materiale og metode

Projektet blev beskrevet og opdelt i 4 faser:

Fase 1: Planlægning

Fase 2: Afvikling af udskrivelsesinterview med patienter.

Fase 3: Afprøvning af skema til patientrapportering af hændelser, undervisning og udarbejdelse af informationsmateriale.

Fase 4: Evaluering af patienternes og personalets oplevelser med patientindberetninger.

De planlagte aktiviteter under de fire faser beskrives i det følgende, ligesom fund og resultater vil indgå under de respektive faser. Til slut foretages en samlet diskussion og konklusion samt perspektivering.

Fase 1: Planlægning

Projektbeskrivelsen blev i sommeren 2005 udarbejdet af projektleder, kvalitetskoordinator og patientsikkerhedsansvarlig Jette Primdahl i samarbejde med medlem af hospitalsledelsen og kvalitetsansvarlig, ledende sygeplejerske Bente Rasmussen. Der blev informeret om projektet i diverse ledelsesfora, og projektbeskrivelsen var til høring hos ledelsesrepræsentanterne internt

i huset i juni 2005. Projektbeskrivelsen var endvidere til høring i Gigtforeningens sekretariat og i de lokale Gigtkredse i juni – juli 2007 for også herigennem at få patienternes perspektiv på projektets udformning før opstart. Tidspunktet var dog ikke hensigtsmæssigt til at sikre denne feedback fra Gigtkredsene.

Den lokale videnskabsetiske komité fik projektbeskrivelsen forelagt i juli 2005, men projektet vurderedes at falde uden for den videnskabsetiske komités virkeområde.

Der blev opstillet budget for projektet og de beregnede økonomiske udgifter blev bevilliget af Gigtforeningen før projektstart.

I september 2005 blev en intern styregruppe nedsat med en repræsentant fra hver af de tre sengeafdelinger samt den kvalitetsansvarlige repræsentant for hospitalsledelsen.

Kvalitetskoordinator og patientsikkerhedsansvarlig har i hele projektperioden fungeret som projektleder. Projektgruppens opgaver var i relation til projektbeskrivelsen at:

- Fungere som overordnet styregruppe for projektet.
- Afklare personalets behov for supplerende undervisning løbende i projektperioden og at planlægge dette.
- Udarbejde interviewguide til de indledende patientinterviews.
- Udarbejde procedure for, hvordan personalet bør agere overfor en patient, der har været udsat for en hændelse eller fejl.
- Udarbejde informationsmateriale til de patienter, der indgår i projektet.
- Udarbejde informationsmateriale til personalet på hospitalet.
- Udarbejde tema-beskrivelse til fokusgruppeinterviews med patienter og personale.
- Udarbejde patientindberetningsskemaer.
- Sikre afprøvning af patientindberetningsskemaerne.
- Deltage i udarbejdelsen af rapport efterfølgende.
- Indstilling til ledelsen af om der evt. findes anledning til indførelse af permanent mulighed for, at patienterne kan indberette skriftligt på baggrund af projektets resultater.
- Tage stilling til evt. publicering af resultaterne.

Det var oprindeligt planlagt, at projektleder skulle afholde fyraftensmøder af en times varighed for læger og plejepersonale fra de tre sengeafsnit, som skulle indgå i projektet for at fortælle om projektet og formålet hermed. Pga. tidsnød blev disse dog ikke afviklet. I stedet

informerede de tre afdelingsrepræsentanter fra Styregruppen om projektet i deres respektive afdelinger ud fra skriftlig information udarbejdet af projektleder i løbet af oktober 2005.

Fase 2: Afvikling af udskrivelsesinterview med patienter

Projektlederen gennemførte som planlagt i september-oktober 2005 i alt 25 udskrivelsesinterview med patienter, som stod foran snarlig udskrivelse. Interviewene var planlagt til at vare 20 minutter i gennemsnit. Formålet var at afdække temaområder for risici i de lokale omgivelser set fra patienternes perspektiv, og hvordan vi kunne spørge om disse i et skriftligt materiale. Vi ville desuden undersøge, hvordan patienterne havde oplevet personalets reaktioner ved evt. utilsigtede hændelser, og hvordan de ønskede, at personalet reagerede ved evt. utilsigtede hændelser og fejl. I forbindelse med interviewene og i det skriftlige materiale til patienterne undervejs valgte vi at anvende udtrykket "uheldige oplevelser" i stedet for "utilsigtede hændelser", for at det skulle være lettere at forstå for patienterne.

Interviewguiden (bilag 1) blev udarbejdet af projektgruppen ud fra erfaringerne fra Risø og ud fra projektets formål. Interviewguiden blev pilottestet af projektleder på 5 patienter. Eftersom pilottesten ikke gav anledning til ændringer i interviewguiden, indgår de 5 interviews i det samlede materiale.

Interviewene blev afviklet en af de sidste dage af patienternes indlæggelse. De foregik enkeltvis i uforstyrrede omgivelser på projektleders kontor, og patientens anonymitet blev sikret i det skriftlige materiale. Konklusionerne på interviewene blev gennemgået med patienten ved afslutningen af hvert interview.

Inklusionskriterier: Alle patienter indlagt mere end 1 uge efter projektstart august 2005.

Eksklusionskriterier: Svært hukommelsessvækkede patienter. Patienter der ikke ønskede at deltage eller ikke havde overskud til at deltage. Patienter der ikke talte og forstod dansk på et niveau, så de kunne indgå i et interview.

Resultaterne fra interviewene blev skrevet sammen af projektleder, og temaområder blev udledt og sammenholdt med interviewresultaterne fra Risø med henblik på at undersøge, om de samme temaer kunne genfindes, og om der var lokale forhold, der skulle tages hensyn til vedrørende patientsikkerhed på Kong Chr. X's Gighospital.

En ekstern konsulent (formand for Amtets kvalitetsafdeling) læste materialet igennem og foretog stikprøvekontrol på, om temaerne var taget med i den samlede beskrivelse. Resultaterne blev herefter behandlet i diverse lederfora og i Hospitalets Kvalitetsudvalg med henblik på opfølgende proaktive tiltag.

Resultater fra udskrivelsesinterviewene

Der indgik i alt 25 patientinterviews i materialet. Heraf var de 18 kvinder og 7 mænd. Interviewene blev gennemført i perioden 3. oktober – 20. oktober 2005. Aldersspredningen var fra 27 til 65 år. Gennemsnitsalderen var 51,0 år.

Interviewer valgte ud fra oversigter over planlagte udskrivelser mulige patientnavne til styregruppen. De tre styregruppemedlemmer fra sengeafdelingerne spurgte derefter disse patienter, om de ville deltage. Det var dog ikke muligt at få alle de mulige patienter med, hvorfor man ikke helt kan se bort fra bias ved udvælgelsen. Patientgruppen var ikke helt repræsentativ for hospitalet, idet der ikke deltog patienter over 65 år.

Kun en enkelt af de adspurgte patienter meldte fra til interviewet. Årsagen var, at hun havde det dårligt og ikke kunne overskue at deltage den pågældende dag. De øvrige patienter deltog gerne. Mange gav udtryk for, at de syntes, det var interessant, og en stor del af patienterne havde forberedt sig til interviewet og medbragte deres noter.

Anslået tidsforbrug var 20-30 minutter. Interviewene varede fra 10 minutter til 60 minutter. Gennemsnitlig varighed 27,6 minutter.

I forbindelse med interviewene tog interviewer noter. Ved afslutningen af hvert interview blev noterne gennemgået med deltageren, så der var mulighed for at kommentere og supplere. Noterne blev skrevet ind i et skema samme dag eller dagen efter, at interviewene var gennemført. Materialet blev læst igennem 2 gange af projektleder med henblik på at identificere temaer, som var gennemgående for flere patienter inden for risici, fejl/ uheldige hændelser samt hvad patienterne havde oplevet som særligt positivt. Patienternes kommentarer til, hvordan de forventede og ønskede, at personalet reagerede, hvis personalet opdagede, at de havde begået en fejl, blev skrevet sammen ligesom de idéer og kommentarer, der fremkom omkring skriftlig indrapportering af fejl blev samlet. I det følgende beskrives de udledte temaer fra udskrivelsesinterviewene.

Tryghed og utryghed

Alle patienter blev ved afslutningen af interviewet spurgt, om de blev utrygge ved at tale om risici, fejl og uheldige oplevelser.

Kun to af patienterne følte lidt utryghed ved at tale om det, men den ene påpegede samtidig, at hun fandt det positivt, at vi arbejdede med emnet. De øvrige patienter var meget hurtige til at sige: "Nej, tværtimod". De syntes generelt, at det var meget positivt og en god idé, at vi havde fokus på patientsikkerhed, og de var meget åbne og velvillige til at bidrage med deres input.

Risici

For en del af patienterne var det svært umiddelbart at tænke på, hvad der kunne udgøre "risici" for dem eller medpatienterne. Mange havde alligevel forberedt sig til interviewet, og de kom også i tanker om mere undervejs. Det var dog undertiden svært for såvel patienter som interviewer at adskille, hvad patienterne forstod ved risici, og hvad der var forslag til generelle forbedringer.

Risici i forbindelse med kommunikation

Patienterne var generelt meget opmærksomme på, at der var risici forbundet med kommunikationen mellem patient og sundhedspersonale, ligesom de mente, der var risici, hvis personalet ikke talte ordentligt sammen.

Patienterne mente, der var risiko for, at man ikke fik taget hensyn til evt. andre lidelser og skavanker, hvis personalet ikke fik spurgt tilstrækkeligt ind hertil. Det var en risiko, hvis der blev afsat for lidt tid til lægesamtalerne, og hvis lægen ikke lyttede ordentligt. Lægen kunne f.eks. signalere travlhed ved at kigge på uret. Det var vigtigt med øjenkontakt. Patienterne mente endvidere, at der kunne være en risiko ved, at en stor del af kommunikationen gik gennem sygeplejerskerne, så noget sorteres fra eller evt. misforstås.

To patienter nævnte mængden af information, som kunne være problematisk. En patient foreslog, at vi ved indlæggelsen udleverede de vigtigste informationer på skrift, som supplement til den mundtlige information og foreslog, at vi kunne spørge nogle patienter om, hvad de mente var vigtigst at få at vide. F.eks. skal bassinreglerne gennemgås mundtligt, da ikke alle patienter får dem læst og husket. En stor del af vore patienter tilbydes netop bassintræning.

Plejepersonalets rolle og kommunikation

Ældre patienter, der skal have hjælp til bad om morgenen, har behov for at blive varslet lidt forinden, så de lige kan nå at indstille sig på det. Dette nævnes af to patienter. Én havde oplevet, at en ældre medpatient var lige ved at falde, fordi hun ville skynde sig, da hun skulle have taget blodprøver.

Manglende opfølgning efter stuegang og opfølgning på nye tiltag, f.eks. medicinændringer, nævnes af to patienter som risikoområder.

Patienterne følte sig meget sårbare. *"Man skal både erkende og lære samtidig"*. De havde brug for at føle, at sygeplejersken var deres "sparringspartner". En anden patient beskrev, at hun havde brug for, at plejepersonalet var opsøgende og forsøgte at "se bag om", hvis patienten bare svarede: "Det går godt". Flere patienter talte om, hvor svært det var at bede om hjælp. De fandt det svært at banke på døren til kontoret.

Risici ved badeværelses og toiletters indretning

2 patienter kommenterede, at der var for få badeværelser i forhold til antal patienter. Der er for lidt plads og specielt, hvis man sidder i kørestol. Dette kan også medvirke til dårlige arbejdsstillinger for personalet. Badebænkens hjul kan desuden komme til at dreje, så de stikker ud og giver risiko for fald.

To patienter nævnte bruserne, som de ikke selv kunne få ned, hvis en høj patient havde været i bad før dem. To patienter nævnte, at håndvaske på toiletter og badeværelser var både for små og alt for lave. Sæbe og spritdispensere sad for tæt på håndtaget. På et af badeværelserne kunne man f.eks. dårligt åbne for den kolde hane. Foldedøren til det ene badeværelse var tung at trække i for gigtpatienter. To patienter nævnte, at låsene kunne være svære at få op for gigtfingre (til toiletter og badeværelset med foldedør).

Murværk, tag, gulve, adgangsforhold m.v.

2 patienter pegede på de ujævnheder, der er i gulvene flere steder, som dels overrasker, så man kan være ved at snuble, og dels kan give smertefulde stød op i de dårlige led.

De gangbesværede patienter kunne dårligt gå ned af rampen uden for hovedindgangen og havde svært ved at komme op igen. De kunne heller ikke klare trapperne for at komme ud og "låstes derfor inde".

En enkelt patient havde været opmærksom på de porøse mursten over indgangspartiet, hvor stumper var ved at falde af.

Møblementet

Der manglede gode stole at sidde i, både i dagligstuerne og på sengestuerne. Der ønskedes stole i forskellige højder, så de passede til forskellige patienter. Det var ligeledes vigtigt, at ryggen på nogle af stolene kunne justeres i hældning. En enkelt patient nævnte dårlig arbejdsstilling ved den PC, der var tilgængelig. Stolene i spisestuen var tunge og svære for nogle af patienterne at trække ud.

Hygiejne

En patient var opmærksom på risici ved bassinet ud fra et hygiejnisk synspunkt. Denne patient havde set et plaster ligge på gulvet ved bassinet og tænkte: "Hvor mon det skulle have siddet?".

På den ene sengeafdeling blev der stillet en vogn ud på gangen med håndklæder om morgenen. Der var en kurv til vasketøj med låg i den ene ende heraf. Låget var meget svært at åbne for gigtpatienterne. Der var ingen steder, ud over gulvet, at sætte sin toilettaske og badekåbe, mens man lagde sine håndklæder i kurven, hvis man ikke skulle gå helt hen på sengestuen og tilbage igen.

Passiv rygning og manglende opholdsrum for ikke-rygere

8 af patienterne nævnte spontant, at de manglede en ikkeryger dagligstue.

I ikke-ryger dagligstuen på 3. sal var der så overfyldt, at man ikke kunne vippe stolene tilbage, og derfor sad man ikke ret godt. Samtidig bevirkede det overfyldte rum, at det var problematisk for gangbesværede patienter med gangredskaber at komme til.

Der var flere patienter, som ikke tålte røg, og de syntes, det var ulækkert, at der lugtede af røg, hvor man hentede morgenmad/kaffe. Det kunne endvidere være problematisk for en ikke-ryger at skulle ligge på stue med en ryger.

Brandrisiko

5 af patienterne nævnte risici ved brand. 2 var overraskede over personalets reaktion ved brandalarm, idet de oplevede det i forhold til deres egen arbejdsplads (børnehaver), hvor man evakuerede alle. 2 patienter tænkte på brandrisiko, fordi det er gamle bygninger.

1 patient foreslog, at vi fik oversigtsplaner over huset med flugtveje til at ligge i skuffen på sengebordet, så patienterne bedre kunne orientere sig.

Risiko for manglende hvile

Det kunne være svært at få ro til at sove på en firesengsstue. Huset var også meget lydt. Nattevagterne talte højt på gangen, og det samme gjaldt dagvagterne, når de mødte ind. Der var en arbejdsgang, hvor der blev klirret med porcelæn kl. 5.30 hver nat. Der blev heller ikke altid taget hensyn til middagsro, idet der af og til taltes højt på gangen. Når der var stuegang på stuen, forhindrede det medpatienter i at komme ind og hvile sig, når de havde behov for det.

Risici ved medicin

En patient påpegede, at det kunne være en risiko, hvis man ikke benyttede sig af muligheden for at få en "second opinion" på den behandling, man var sat i fra et andet sted. Det udgjorde endvidere en risiko, hvis man ikke fik information omkring bivirkninger, så patienten selv kunne være opmærksom. En patient mente det var vigtigt, at man når at afprøve evt. ny medicin nogle dage før udskrivelsen, så man vidste, om det hjalp, og om man tålte det, før man blev udskrevet.

Planlægning af forløbet

For mange forskellige læger nævnes af flere forskellige patienter som en risiko. Patienterne forstod, at det kunne være svært helt at have en fast læge, men det var vigtigt, at lægerne havde sat sig ind i patientens situation, så man ikke skulle starte helt forfra ved en ny læge.

En patient reagerede på, at hun havde set, at der kun var afsat 15 min. til hendes ambulante besøg. Hun var spændt og nervøs og følte slet ikke, at der var tid nok til at få talt om hendes situation.

Træning i fysioterapien

3 patienter var ikke sikre på, at den sygdom de var indlagt og trænet for, blev koordineret med deres øvrige fysiske gener. De havde ikke spurgt, hvorvidt øvelserne skadede eller var gode for deres anden lidelse, og de gik derfor med usikkerheden.

Vi fik således gennem udskrivelsesinterviewene både gode input til, hvad der var vigtigt, at vi fortsatte med at gøre, idet der ellers ville være en risiko for fejl eller utilsigtede hændelser, og input til, hvad vi med fordel kunne ændre på ud fra de identificerede risici.

Uheldige hændelser og fejl

Det næste emne i interviewguiden var, hvorvidt patienterne selv havde oplevet uheldige hændelser og fejl under indlæggelsen. 5 patienter havde ikke oplevet uheldige hændelser eller fejl og flere patienter gjorde opmærksom på, at deres kommentarer hørte til i "småtingsafdelingen". Hvis vi ikke ligefrem havde spurgt til det, ville de ikke have fortalt om det. Andre var oprørte over nogle af de oplevelser, de havde været udsat for. Hovedparten af disse oplevelser havde relation til kommunikationen med personalet. Det var oftest enkeltpersoner, de havde haft en negativ oplevelse med. I flere tilfælde havde denne person på et senere tidspunkt optrådt anderledes, og i de fleste tilfælde havde det ikke ødelagt helhedsindtrykket af opholdet.

Kommunikation

Én patient havde oplevet kommunikationsproblemer med en udenlandsk læge under en tidligere indlæggelse. En patient mente ikke, at hun havde fået svar på alle undersøgelsesresultater undervejs og mente, at hun før en gynækologisk undersøgelse havde fået at vide, at det var en scanning, hun skulle til i stedet. Det havde været en meget ubehagelig oplevelse for patienten.

Én havde følt sig "behandlet som et barn" i afdelingen. Følte hun måtte stå og tigge om at få de smertestillende, når de ikke blev udleveret til tiden. Følte det også svært at få dosis sat op til den dosis pt. var vant til at få hjemme. En anden patient havde følt sig behandlet som et barn i ergoterapien, fordi "alt skulle gøres på deres måde".

4 forskellige patienter havde følt, at der havde været en læge, der havde talt ned til dem, at de ikke var blevet lyttet til, når de har fortalt om deres symptomer/reaktioner på medicin, eller at lægen havde virket sur, kort for hovedet og overfladisk, samt at ordene kunne være svære at forstå. Følte ikke at det var ok at spørge. En patient havde følt sig "trådt på" ved et par stuegange, og det bevirkede, at hun derefter ikke havde lyst til at fortælle mere.

En patient oplevede, at udskrivesamtalen blev afviklet på 2 minutter, fordi patienten havde en tid til træning. Pt. ville hellere have undværet træningen og have fået svar på sine spørgsmål, men var ikke blevet spurgt.

En patient sad og ventede lang tid på en aftalt stuegang. Da hun til sidst gik ind for at spørge, fik hun at vide, at de alligevel ikke kunne nå stuegang hos hende. En anden patient havde oplevet et kommunikationsbrist ved, at han ikke havde fået besked på, at man efter stuegang

ikke længere ville måle hans BT to gange dagligt. Han havde ligget og ventet i sin seng. En anden patient havde ikke fået tilbagemeldinger efter 2 konferencer. Han havde ikke følt, at der var en rød tråd mellem ergo, fys, pleje og behandling. Det hele blev først samlet ved udskrivesamtalen. En patient havde registreret, at medpatienterne havde en midtvejssamtale med en sygeplejerske, og hun havde ikke haft en sådan. Tolkede det var grundet travlhed. En patient havde ikke vidst, hvem af plejepersonalet hun "hørte til" hver dag og kunne kontakte.

En patient havde følt, at de 2 fysioterapeuter og 2 læger han havde talt med, havde fire forskellige meninger om, hvorvidt han skulle anvende halskrave. Mente nu, at han selv måtte finde ud af det. En patient havde ikke fået at vide, hvordan stuegangen fungerede hos os, hvor der ikke er daglig stuegang, som på andre hospitaler.

En patient havde oplevet, at hun fik ændret sin diagnose under indlæggelsen, og at det ikke blev fulgt op med dialog med lægen om, hvad den nye situation betød for hende.

En patient fik ordineret røntgen ved indlæggelsen. Rykkede selv herfor efter 14 dage, hvorefter det blev udført med det samme. Ved indlæggelsen blev der planlagt paraffinbehandling af hænderne. Først da patienten rykkede for det efter 1 uge, startede behandlingen.

En patient manglede information inden indlæggelsen om, hvor længe han skulle være indlagt, eller hvornår han kunne regne med at få det at vide.

Kommunikation eksternt

En pt. ønskede at komme til MR-scanning hos os pga. lang ventetid på hjemsygehuset. Kunne ikke se på Internettet, at vi ikke kunne foretage helkropsscanning. Pt. blev endvidere indkaldt til indlæggelse i stedet for scanning. Forstod ikke, hvordan det var blevet ændret.

En patient havde via egen læge søgt at få indlæggelsen fremrykket. Pt. ringede også selv ind. Pt. havde forventet en mere eller mindre akut indlæggelse men kom først til efter 3 uger. Patienten mente, det drejede sig om kommunikationsbrist.

Medicin

En patient havde tidligere oplevet en allergisk reaktion på en ledinjektion. Blev dårlig på vejen hjem og var "rødblussende" i 2 uger.

En patient havde engang fået udleveret medicin, der var 3 mdr. for gammel. En anden patient havde fået udleveret forkert medicin (skulle være "forte" i stedet for alm.). Opdagede selv fejlen.

En patient oplevede manglende opfølgning på medicinændringer, idet patientens tilstand var blevet dårligere derefter. Der gik 2 dage, før medicinen blev ændret igen. Pt. troede i første omgang, at sygeplejersken gav beskeden videre til lægen. I næste omgang blev stuegangen udsat.

En patient havde på et andet hospital fået taget 3 slags medicin væk samtidig. Bl.a. Persantin R. og noget blodtrykssænkende. Fik blodprop i tungen og højt blodtryk. Følte ikke, at lægen på det andet hospital lyttede til hendes argumenter, og han undskyldte ikke.

Fysiske rammer

2 patienter fortæller om episoder, hvor elevatordørene var ved at lukke sammen om en patient. Det var ubehageligt for patienterne.

Forkerte papirer

En læge havde haft flere journaler med og sad og kiggede i den forkerte journal.

Blære på grund af varmepakning

En enkelt patient havde oplevet at få en blære på brystet efter varmepakning. Havde meget sart hud efter fjernelse af bryst og efterfølgende strålebehandling.

De hændelser, som patienterne berettede om, var således både hændelser fra den aktuelle indlæggelse som fra tidligere indlæggelser på andre hospitaler, som dog i mange tilfælde også kunne være mulige hændelser på vores hospital.

Temaer for hvad patienterne finder særligt positivt

Interviewene blev afsluttet med at gennemgå, hvad der var noteret ned, hvorefter deltagerne blev spurgt om, hvad de ville fremhæve som særligt positivt ved deres ophold hos os.

Spørgsmålet havde to formål. Dels fik vi en masse gode tilbagemeldinger på, hvad vi ikke skal ændre, og hvad det er patienterne i særlig høj grad sætter pris på. Dels gik deltagerne fra interviewet med det positive i tankerne frem for at tænke på risici og evt. uheldige episoder.

De temaer, der blev nævnt, var "ånden" og personalets meget medmenneskelige og omsorgsfulde adfærd, at der ikke var så sygehusagtigt, husets "sjæl" og de flotte omgivelser, mere ro og mindre stress end på andre hospitaler, god timing af træningen, personalets høje faglige kompetence og endeligt mange roser til maden.

Disse emner behandles ikke yderligere i denne rapport, fordi det falder uden for emnet. Det virkede godt at slutte af med den positive vinkel, ligesom det gav os nogle værdifulde informationer, som understøtter de tilbagemeldinger, vi får løbende fra vore patienttilfredshedsskemaer.

Patienternes kommentarer vedrørende skriftlig rapportering af utilsigtede hændelser og fejl

Det næste tema i interviewet var, hvad patienterne mente om muligheden for at rapportere evt. uheldige hændelser og fejl, og hvordan de mente, vi bedst kunne inddrage dem heri.

19 af patienterne mente, at de ville benytte sig af at rapportere skriftligt, hvis de oplevede, at der skete fejl. Det var afgørende, om vi efterspurgte det aktivt, og om det var situationer, som patienterne mente, vi kunne lære noget af, så det ikke gik ud over andre patienter. Det ville motivere dem til at skrive det ned.

Flere gav udtryk for, at der skulle grovere fejl til, før de ville skrive det ned og flere udtrykte, at det afhang af situationen, og af om de følte, at de var blevet "hørt". 8 af patienterne lagde stor vægt på at få det sagt mundtligt og få en dialog med personalet, hvis der var sket fejl. Ved grove fejl var anonymiteten vigtig.

Angående udformningen af et evt. ark, som patienterne kunne rapportere fejl på, var der meget forskellig holdning til, om der skulle være forklaringer, stikord eller lignende. 7 patienter ønskede denne type hjælp, da det kunne være svært dels at formulere sig og forstå, hvad det drejede sig om. 7 mente ikke, at det var nødvendigt med hjælp. En enkelt mente, at evt. stikord kunne give patienterne anledning til at tro, at der var mange fejl omkring lige netop dette emne. 3 patienter mente, at de evt. bare ville bruge bagsiden af patienttilfredshedsskemaet til at rapportere på.

En enkelt patient foreslog, at der kunne være en skala hvor patienten kunne markere, hvor alvorlig en fejl han/hun mente, det var. En anden foreslog afkrydsning og en tredje afviste denne mulighed.

Ønsker til personalets reaktion ved evt. fejl

Patienterne blev også spurgt om, hvordan de gerne ville have, at personalet reagerede i tilfælde af, at de opdagede, at patienten havde været udsat for en fejl, og om de havde nogle oplevelser på dette område.

Det gennemgående træk var, at patienterne helt spontant forventede og havde tillid til, at personalet ville fortælle om det og ikke ville forsøge at dække sig ind, hvis de havde begået en fejl. Det ville derimod vække vrede, og patienterne ville miste tilliden, hvis personalet ikke fortalte om fejlen, og patienten efterfølgende selv fandt ud af, at der var sket en fejl. De 9 af patienterne udtrykte spontant, at deres holdning var, at "alle begår fejl". Der var forventninger fra 2 patienter om, at man i tilfælde af fejl fik en forklaring på, hvad der var sket, og hvordan det kunne ske.

Ud over åbenhed og ærlighed gik det igen i flere af interviewene, at patienterne også forventede, at personalet gjorde, hvad de kunne for at minimere skaden og søgte at rette op på fejlen. Flere af patienterne forventede desuden, at personalet udviste forståelse for den situation, som patienten befandt sig i, som værende udsat for fejl, og at personalet søgte at hjælpe dem videre. 6 af patienterne forventede også spontant, at personalet undskyldte og beklagede, at der var begået en fejl.

Andre kommentarer

Flere patienter havde andre kommentarer, som de gerne ville nævne, nu de havde lejlighed til det. Da disse kommentarer ikke hører ind under interviewguidens temaer, er de ikke medtaget i denne rapport. De er dog taget med som input til kvalitetsudvikling i organisationen i lighed med kommentarerne fra vores fortløbende patienttilfredshedsskemaer.

Efter at interviewene var sammenskrevet, og temaer var blevet udledt, fik alle afdelingslederne tilsendt resuméet og en skabelon til handleplan, som de og deres afdeling kunne bidrage med løsningsforslag i. Der er efterfølgende arbejdet på at implementere alle disse løsningsforslag i huset.

Konklusioner på udskrivelsesinterviews

Der var en stor del af patienterne som angav, at deres input hørte til "i småtingsafdelingen", og at de ikke ville have fortalt om dem, hvis vi ikke havde efterspurgt dem specifikt. Der var mange sammenfaldende områder mellem, hvad nogle patienter fremhævede som noget de havde oplevet som meget positivt, og andre patienter havde følt ikke fungerede. Det kan skyldes, at netop disse områder opleves som meget vigtige for en stor del af patienterne. Samtidig er det input til os om, at desværre ikke alle patienter har et fuldt tilfredsstillende indlæggelsesforløb.

Det var ofte svært at skelne om det var emner, der udgjorde en risiko, blev defineret som en fejl af patienten, eller om det bare var gode ideer til, hvad vi kunne gøre endnu bedre, altså kvalitetsudvikling. Patienterne formåede at reflektere over såvel de fysiske rammer, organiseringen og tilrettelæggelsen af deres forløb og det faglige niveau. Kommunikation var det største område. Her var det tydeligt, at patienterne var meget opmærksomme på de risici der var for at det kunne "gå galt", og det var også et område, hvor flere patienter kunne referere uheldige oplevelser.

Kommunikationen identificeres både som et område, der kunne være risici ved, et område der var oplevet uhensigtsmæssige forløb/fejl med, men også et område der fik stor ros. Det var det område, der gav anledning til flest frustrationer, og samtidig var det ånden og personalets meget medmenneskelige adfærd, som fremhævedes som specielt positivt for hospitalet. Effekten af opholdet var vigtigt for patienterne, ligesom det var vigtigt, at træningen var tilrettelagt individuelt, og at man fik kompetent vejledning og støtte, så hverdagen blev lettere efter udskrivelsen. Kommunikation har derfor været et fokusområde på hospitalet i 2006. Vi har afviklet intern undervisning ved undervisere fra CVU-Sønderjylland omkring kommunikationen mellem patienter og personale for det kliniske personale og senere afviklet undervisning omkring personalets indbyrdes kommunikation for hele det tværfaglige personale, hvor størstedelen af personalet har deltaget. Vi har desuden udgivet en pjece med patientcitater omkring kommunikation, ligesom afdelingslederne har haft en temaeftermiddag om kommunikation.

Flere patienter gav udtryk for, at det kunne være svært at bede om hjælp, og at de nødtigt ville "være til besvær", samt at de gerne ville klare sig selv. Denne indstilling kræver, at personalet er opmærksomt på patienternes meget forskellige behov og måder at kommunikere på. Det kræver også, at personalet er opmærksomt på, hvordan patienterne har det – også bag facaden - og at personalet er opsøgende og tilbyder hjælpen, før patienten skal bede om den.

Patienterne har gennem interviewene givet os mange gode input til små og større ændringer angående de fysiske rammer. Nogle har vi allerede foretaget, og andre er vi i gang med, ligesom der er nogle af kommentarerne, som medtænkes ved en kommende ud- og ombygning.

Kontinuitet af det personale man har med at gøre, fremhæves af mange patienter som værende positivt. Det gælder både læger og plejepersonale. Patienterne oplevede allerede, at det skete i vid udstrækning, og det er også en del af det, mange patienter nævnte som noget positivt ved træningen i Fysio- og Ergoterapien. Vi står overfor at skulle have beskrevet vores standardpatientforløb og videreudvikling af kontaktpersonsystem, og patientforløbsvejleder indgår også i målene for 2007.

Der var flere patienter, som var frustrerede over, at der gik flere dage, før der blev lagt en plan, fordi de først skulle vurderes af så mange forskellige faggrupper. Der er siden foretaget justeringer, så træningen nu startes hurtigere, og det er fortsat et udviklingsområde.

Der var mange sammenfaldende emner i patienternes kommentarer ved udskrivelsesinterviewene med de tilbagemeldinger vi løbende får via Patienttilfredshedsskemaerne, indberettede utilsigtede hændelser fra personalet og patientklager, hvilket har været med til at vægte, hvilke områder vi i første omgang har prioriteret at ændre på. Samtidig har vi også fået mange supplerende tilbagemeldinger fra patienterne og tilbagemeldinger om områder, som personalet ikke har rapporteret og måske ikke har haft kendskab til. Patienterne er glade for at kunne hjælpe og udviser interesse i at kunne være med til at gøre det bedre for andre patienter ved at give os tilbagemeldinger.

Der kom ikke så mange nye emner til efter interviewene af de første 10-15 patienter. Det er fremover muligt, at interviewe et mindre antal patienter (f.eks. 10) for at få nye input til, hvad patienterne ser som risici og af betydning for patientsikkerheden og kvaliteten i.

Resultaterne set i relation til resultaterne fra Risø

Risici for fejl

I Risøs undersøgelser identificerede patienterne mange af de samme temaer for at være årsager til fejl på sygehusene, som dem vi her fandt gennem udskrivelsesinterviewene: Kommunikation mellem personalet, kommunikation mellem patient og personale,

kommunikation mellem sygehusene, læger der mangler uddannelse i kommunikation, ressourcer der bruges forkert/manglende koordination, manglende kontaktlæger (gennemgående person), for mange personaler involveret i det enkelte patientforløb, læger der mangler evnen til at lytte, for mange personaler, der stiller de samme spørgsmål, patienter der ikke formidler deres problemer godt nok og manglende koordination af information til patienten.

I Risøs undersøgelse var der desuden identificeret andre årsager såsom, sundhedspersonalets komplicerede arbejdssituation, travlhed og nyuddannede usikre læger. Disse årsager genfinder vi ikke. Patienterne gør tværtimod opmærksom på, at her er ro, tid og mindre stress fra personalets side. Enkelte føler dog, at lægerne har for travlt.

Hvad vil patienterne gerne have der bliver gjort?

Her genfandt vi igen mange af de samme temaer, som Risø havde afdækket:

Åbenhed om fejl, information og støtte er vigtig. Afdelingen skal hjælpe med den bedste behandling efter en fejl, information om at der er sket en fejl og om dens konsekvenser. Patienterne må påtale fejl over for lægerne, når de begår fejl og patienterne forventer, at personalet er kompetent og har tillid til, at de kan deres fag.

I Risøs undersøgelse gav en del patienter herudover udtryk for, at de mente, der skal informeres om klagemuligheder, erstatninger, at pårørende har kontrolinstans, sanktioner ved gentagne fejl og at personalet skal straffes. Nogle mente, at hospitalet ikke skal have udgifter ved fejl, at der skal en uvildig instans til for at hjælpe patienten, og at fejl skal medføre en påtale.

Der var ikke en eneste patient i vore interviews, som ønskede at straffe personalet. De havde tværtimod stor forståelse for, at alle begår fejl, og de følte en forpligtelse til at fortælle om det og indgå i en dialog for at undgå lignende fejl i fremtiden. Nogle af dem mente, at de måske ville blive "sure" i starten, hvis de fik at vide, at der var sket en fejl, men at åbenhed trods alt var den eneste mulige vej frem. En enkelt patient, som måske kunne klage og søge erstatning var i bund og grund mere interesseret i, at vi lærte af fejlen. Disse forskelle kan skyldes, at interviewer blev opfattet som en del af hospitalet, ligesom det ikke var hændelser med meget alvorlige skader, som patienterne havde oplevet. Det kan også skyldes personalets positive holdning og væremåde over for patienterne.

Fase 3: Afprøvning af skema 1, undervisning og informationsmateriale

Sundhedspersonalets kommunikative egenskaber er væsentlige i forhold til arbejdet med utilsigtede hændelser og fejl. I samspillet med patienten skal man som sundhedsperson kunne mestre den vanskelige kommunikation og ikke mindst kunne håndtere emotionelle samtaler, som måtte følge efter en utilsigtet hændelse/fejl.

Styregruppen udarbejdede derfor en procedure for, hvordan personalet skal håndtere de situationer, hvor de er informerede om, at en patient rapporterer en utilsigtet hændelse, eller, hvor personalet opdager og rapporterer en utilsigtet hændelse, som har fået konsekvenser for patienten. Proceduren tager udgangspunkt i anbefalingerne fra Risøs rapport, som også inddrager internationale erfaringer, samt resultaterne fra de gennemførte patientinterviews og pjecen fra Sønderjyllands Amts kvalitetsafdeling om utilsigtede hændelser. Åbenhed og dialog med patienten om hændelsen og dens konsekvenser og en uforbeholden beklagelse er centrale dele. Personalet blev både introduceret til proceduren via styregruppen, som del af et tværfagligt staffmeeting om utilsigtede hændelser og via de vanlige kommunikationskanaler for implementering af nye procedurer i huset.

Der afvikledes i foråret 2006 lokale undervisningsseancer ved ekstern underviser fra CVU-Sønderjylland omkring kommunikation med patienten som planlagt i projektbeskrivelsen. Undervisningen fokuserede ikke snævert på kommunikation ved fejl, men tog udgangspunkt i tankerne om patientpartnerskab ved kommunikation personale-patienter imellem. Det vil sige kommunikation, som inviterer til at inddrage patienterne i beslutninger om egen person og samtidig opfylder patientens krav om selvbestemmelse. I undervisningen deltog læger, plejepersonale, fysioterapeuter, ergoterapeuter og beskæftigelsesvejledere. I alt 70 personaler deltog svarende til ca. 75% af målgruppen.

Styregruppen udarbejdede et skema (bilag 2) til indberetning af patienternes oplevelser af fejl, nærfejl og utilsigtede hændelser under indlæggelse på Gigthospitalet.

Styregruppen fandt det ikke nødvendigt at udarbejde skriftlig information til personalet om, hvad de konkret skulle informere patienterne om ved udleveringen af skemaet, sådan som det oprindeligt var planlagt i projektbeskrivelsen. Projektleder udarbejdede en skriftlig information, som afdelingsrepræsentanterne i styregruppen kunne informere ud fra på personalemøder. Det var også oprindeligt planlagt, at der skulle udarbejdes skriftlig information til patienterne om deres mulighed for at rapportere fejl og utilsigtede hændelser, men vi valgte i stedet at lade det indgå på selve skemaet til rapportering, idet patienterne i forvejen fik udleveret meget skriftligt materiale, og en del af patienterne havde svært ved at få det hele læst.

I projektbeskrivelsen var planlagt pilottestning af skema og informationsmateriale på 10 patienter af projektleder. Projektet var blevet forsinket et par måneder pga. projektleder havde haft uddannelsesorlov. Vi startede derfor i februar 2006 med at afprøve skemaet på alle tre sengeafdelinger i stedet og planlagde evaluering efter 3 måneders forløb.

Patienterne fik udleveret skemaet til skriftlig rapportering af fejl og uheldige hændelser sammen med vores patienttilfredshedsskema, når udskrivelsen var planlagt. Personalet informerede patienterne om vores ønske om deres tilbagemeldinger som input til videre kvalitetsudvikling. I første omgang havde vi planlagt at rette skemaet til på baggrund af de indhentede erfaringer efter de første 3 måneder. Det viste sig, at vi i starten kun fik ganske få skemaer retur fra patienterne. Vi forlængede derfor perioden med afprøvning af skemaet uden at ændre på skemaets layout. Styregruppen informerede igen personalet på afdelingerne, og der blev rettet op på nogle uklarheder, som havde bevirket, at skemaet i en periode ikke var blevet udleveret til alle patienterne.

Patienterne havde mulighed for at aflevere skemaerne direkte til personalet eller anonymt i en postkasse sammen med patienttilfredshedsskemaerne.

Hvilke hændelser var det patienterne indrapporterede?

De indberettede hændelser blev løbende kopieret af projektleder til styregruppen, så de kunne diskutere dem på afdelingerne med henblik på at uddrage læring heraf. Hvis andre faggrupper var nævnt i rapporterne, blev der sendt kopi til den relevante afdelingsleder med henblik på lokal opfølgning.

Relevante hændelser blev desuden løbende refereret i vore lokale nyhedsbreve omkring utilsigtede hændelser, som bliver udgivet af projektleder/patientsikkerhedsansvarlig med henblik på at sikre yderligere kendskab til hændelserne. En halvårsrapport blev udarbejdet for de rapporter, som patienterne havde indgivet. Rapporten blev behandlet i såvel Kvalitetsudvalg som Lederforum.

I perioden fra 1. februar 2006 til 1. februar 2007 modtog vi i alt 48 skriftlige rapporter fra indlagte patienter. Det er dog kun de 43, som kan betegnes som anvendelige rapporter i denne sammenhæng. Én havde krydset af ved "andet", men havde ikke beskrevet, hvad hændelsen gik ud på. De øvrige 4 omhandlede fysiske gener grundet patientens grundsygdom, og at personalet havde gjort alt, hvad de kunne for at hjælpe, hvorfor de ikke opfattes som værende udtryk for fejl eller uheldige hændelser. Formuleringen "uheldige hændelser" kan evt.

have medvirket til, at de "medbragte" fysiske skavanker er regnet med fra nogle af patienternes side.

I samme periode havde vi ca. 1000 indlæggelser, hvilket angiver at 4,3 % af patienterne har valgt at benytte sig af muligheden for at indgive skriftlig hændelsesrapportering af uheldige hændelser eller fejl. Tre af patienterne har rapporteret to hændelser på samme skema. Undervejs er der dog mange af de kommentarer, som patienterne har tilføjet på vores patienttilfredshedsskema, som er af samme art som i de indgivne rapporter. Hvis patienterne ikke havde haft denne mulighed, ville antallet af rapporter om "uheldige hændelser" formentlig have været større.

Hændelserne fordelte sig som følger:

Hændelsestype	Antal	Patienternes scoring af alvor (0-10)	Emner
Kommunikation patient-personale	11	8,10, 6, 8, 2,10, 10, 10, 10 og 1	Overlegen læge, samtale i rum med meget andet personale, læge, der gaber, personale, der reagerer fornærmet/negativt, når pt. har påtalt noget, hård tone, fejlkommunikation, talt forbi hinanden, ikke sat sig ind i patientens problem
Kommunikation tværfagligt	7	4, 10, 8, 8, 6, 3 og 8	Manglende iværksættelse af ergoterapi, for meget spildtid, koordination mellem fys. og ergo, manglende kommunikation læge og fys., manglende henvisning til diætist, manglende kommunikation sengeafd. og fys., manglende besked til køkkenet om fødevareallergi.
Patient følt sig overset	4	5, 2, 6 og 10	Ingen kontakt med læge, ikke informeret om plan, følt sig glemt flere gange
Sprogbarriere	3	5,?, 5	Sproglige problemer pga. udenlandske læger
Reaktion på medicin	5	8, 6, 1, 6 og 10	Reaktion på kopi-præparat, opkast og diarré efter penicillinindgift, fået for meget medicin før indlæggelsen, dårlig pga. medicin, bivirkninger tolket som depression
For sen medicin eller forkert medicin	4	8,8, 1 og 3	Svært at få sin vanlige smertestillende medicin, patienten skulle selv være opmærksom på at få sin medicin, pt. ikke spurgt ang. vanlig medicin. Forkert udleveret medicin pga. forveksling

Fysiske rammer	4	9,5,? og 4	Rampe for stejl for de dårligt gående patienter, fik løs hud i klemme mellem bord og stol, ur forstyrrede nattesøvn, faldt pga. utætte vinduer og deraf følgende vådt gulv.
Andet	6	ingen, 2, 10, 10, 4 og 3	1: Pt. føler sig for sent henvist fra andet hospital 2: Patient kunne ikke få smertestillende, blev i stedet opfordret til øvelser pga. manglende kendskab til pt. 3: Generet af medpatienters mobiltelefoni uden at det blev løst 4: Kronisk katheterbærer fik fjernet sit blærekatheter. 5: Pt. følt det ubehageligt at overvære medarbejder blive irettesat. 6: Patient udsat for at skulle til noget, som var planlagt til en anden patient, men opdaget i tide.

Over halvdelen af hændelserne omhandler således kommunikation på forskellig vis (24 ud af 45 hændelser), 9 omhandler den medicinske behandling, og så er der forskellige øvrige. Det er meget forskelligt, hvor alvorligt patienterne vurderer hændelsernes alvor, men generelt ses det, at kommunikationen opleves som et meget vigtigt område for patienterne. Der er en del af hændelserne, som patienterne også har skrevet på patienttilfredshedsskemaet og andre svarer til de problematikker, som vi får meldinger om på patienttilfredshedsskemaerne fra andre patienter. Det svarer meget godt til de indledende patientinterviews, hvor det for nogle patienter skulle dreje sig om en meget alvorlig hændelse, før de ville skrive den ned. Det tyder samtidig på, at patienterne ikke har vidst, om det var nødvendigt at fortælle om hændelsen på begge skemaer.

Hændelsestype	Antal	Sagt det direkte	Sagt til andet personale/ anden faggruppe	Fremgår ikke at patienten har sagt noget
Kommunikation patient-personale	11	3	3	5
Kommunikation tværfagligt	7		4	3
Patient følt sig overset	4	1	1	2
Sprogbarriere	3		2	1
Reaktion på medicin	5	4		1
For sen medicin eller forkert medicin	4	2	1	1
Fysiske rammer	4	1		3
Andet	6	2	1	3
	44	13	12	19

Over halvdelen af de patienter, der har indgivet skriftlig rapportering om en uheldig hændelse har fortalt om oplevelsen til personalet. Halvdelen af dem har sagt det direkte til det involverede personale og halvdelen har sagt det til andet personale eller en anden faggruppe. Hyppigt er det plejepersonalet, som har lyttet, vist forståelse og/eller har båret sagen videre. Der er dog knapt halvdelen af patienterne, som intet skriver om, hvorvidt de har nævnt hændelsen eller ej over for personalet. Der er et par af rapporterne, som viser, at patienterne har markeret en høj score, "før" de havde haft en samtale med personalet om hændelsen og en "lav" score på VAS-skalaen efter dialogen. Dette viser også, at det er uhyre vigtigt, at personalet er positivt opsøgende, så patienterne føler sig trygge ved at tage denne dialog. Det er samtidig lettere for personalet at drage læring ud af hændelsen, når den er konkret. Faren er til gengæld, at disse hændelser ikke bliver noteret ned til fælles læring, idet patienterne kan føle dem som værende løst og derfor undlader at skrive dem ned. Vi har dog notatpligt til mundtlige klager, som kan være med til at understøtte, at personalet får udarbejdet et skriftligt notat i stedet.

Pga. det lille antal hændelser fordelt på de forskellige temaer findes der ikke anledning til at udregne procentsatser og sammenligne med andre undersøgelser på nuværende tidspunkt. Det er dog tydeligt, at kommunikationsproblematikker på forskellig vis udgør en vægtig del af de oplevede hændelser. Det er derfor også her, vi har haft størst fokus i 2006, og vi har fortsat fokus på emnet.

Fase 4: Evaluering af patienternes og personalets oplevelser med patientindberetninger

Der var planlagt gennemførelse af 2 fokusgruppeinterviews med 8-10 patienter for at undersøge, hvordan patienterne syntes, vi bedst kunne inddrage dem i at fortælle om, hvad der måtte være gået galt, og hvordan de havde oplevet at få mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser og fejl skriftligt. Vi ville også gerne undersøge, hvordan de var blevet informeret om muligheden for at rapportere, om de overhovedet var blevet opmærksomme på muligheden, om de følte sig i stand til at benytte skemaet, om det var relevant og forståeligt, og om de havde idéer til udformningen af selve skemaets indhold og form. Vi ville også gerne spørge, om de havde oplevet uheldige forhold eller fejl under indlæggelsen, om de havde fortalt det til personalet, og hvordan det i så fald var blevet håndteret.

Vi kunne ikke på forhånd vide, om der ville være patienter i grupperne, som reelt havde været udsat for fejl. Vi inviterede indlagte patienter, hvor en udskrivelse var planlagt til de kommende dage efter interviewet, så de havde været indlagt minimum en uges tid. Der blev

inviteret deltagere fra alle sengeafdelinger fordelt på alder og køn, i den udstrækning det var muligt. Projektleder fik oplyst fra afdelingerne hvilke patienter, der var planlagt udskrivelse på i den kommende uge. Projektleder kontaktede herefter patienterne direkte og fortalte kort mundtligt om projektet og formålet med fokusgruppeinterviewet. De deltagere som accepterede at deltage fik desuden en kort skriftlig information (Bilag 3). De fik herved et kontaktnavn og telefonnummer, hvis de skulle ombestemme sig, eller hvis de blev forhindrede i øvrigt.

Fokusgruppeinterviewene gennemførtes af projektleder sammen med en ekstern interviewer fra CVU-Sønderjylland for at sikre mod bias. Styregruppen havde medvirket til at udarbejde en semistruktureret interviewguide sammen med interviewer.

Til det første fokusgruppeinterview deltog i alt 8 patienter. To af de adspurgte patienter ønskede ikke at deltage. Den ene pga. smerter, og den anden var 75 år og var "bare tilfreds" og ønskede ikke at være med til at diskutere disse emner. Der deltog 6 kvinder og 2 mænd, hvilket afspejler patientgruppens fordeling generelt. Alderen varierede fra 24 år til 71 år med en gennemsnitsalder på 45,6 år.

Til det næste fokusgruppeinterview var kun inviteret 7 deltagere, idet der var mange nyindlagte patienter disse dage. En af de inviterede patienter var blevet udskrevet, uden at projektleder var informeret. En anden patient meldte afbud pga. ændret træningstid og en patient meldte afbud umiddelbart før interviewets start, så det var for sent at invitere en anden. En patient udeblev fra interviewet og var ikke at finde på afdelingen. Interviewet blev derfor gennemført med 3 deltagere, alle kvinder i alderen 21 år, 48 år og 46 år.

Et tredje fokusgruppeinterview blev afviklet med 2 plejepersonaler fra hvert af de tre sengeafsnit for at afdække, hvordan plejepersonalets perspektiver på patientindberetningskemaerne var, hvordan de havde haft det med patientpartnerskab omkring utilsigtede hændelser og fejl, og om de havde følt sig rustede til opgaven. Plejepersonalet fik også en kort skriftlig invitation til interviewet (bilag 4). Dette fokusgruppeinterview blev gennemført ved 2 eksterne interviewere, ligesom transskribering og bearbejdning skete eksternt ved CVU-Sønderjylland.

Interviewene blev foretaget på Kong Christian X's Gighospital. Interviewenes længde blev planlagt lidt kortere end normalt anbefalet for fokusgruppeinterviews, nemlig 1 time. For patienternes vedkommende blev længden valgt ud fra forventet udholdenhed. For personalets

vedkommende blev længden valgt ud fra, at det skulle være muligt at gå fra i forhold til vagtbemanding.

Der blev udarbejdet to interviewguider, én til patientsamtalerne og én til personalesamtalen. Interviewguiderne angav temaerne, som skulle behandles under samtalerne jf. formålet med interviewet og indeholdt en række checkpunkter til hjælp for interviewereren.

Bearbejdning af datamaterialet

Interviewene blev optaget på bånd, efter at deltagerne havde givet deres tilladelse hertil. Interviewene blev efterfølgende transskriberet af den observatør, som oplevede det enkelte interview under udførelsen. Udskrifterne er en tekstlig reproduktion af data, tilføjet observationer om kropssprog, udbrud og pauser.

For at få overblik over datamaterialet, blev der herefter foretaget en kodning. Der blev givet en tematisk overskrift til hver dataenhed, der meningsmæssigt hang sammen. Disse blev derefter sorteret og kategoriseret (samlet under hovedoverskrifter). Der blev søgt efter temaer, gentagelser, mønstre og paradokser. Arbejdsmetoden er inspireret af Bente Halkier (Halkier 2006).

Interaktion i interviewene

Der opstod den ønskede interaktion i fokusgruppen ved det første patientinterview. Herved kunne interviewereren holde sig i baggrunden og med få igangsættende spørgsmål sikre, at alle de ønskede temaer blev debatteret i gruppen. Til det andet patientinterview var der som nævnt et stort frafald af deltagere, og gruppen kom kun til at bestå af 3 patienter. Dette var ikke nok til at sikre en debat, og interviewet endte med at få mere karakter af et traditionelt interview med spørgsmål og svar.

Alle patienter i de to fokusgrupper bidrog med indfaldsvinkler til temaerne. Der var dog en enkelt patient, som det ikke lykkedes at få til at deltage i drøftelsen ud over nogle få afsluttende bemærkninger.

Projektleder havde inden interviewene kontaktet patienterne med henblik på indhentelse af deres accept. Denne kontakt var i den første gruppe tilstrækkelig til, at patienterne gav udtryk for kendskab til hende som en del af huset, hvilket kan have givet begrænsninger i deltagernes lyst til at nævne evt. problemer.

Ved personaleinterviewet mødte personalet interviewer og observatør for første gang ved samling af fokusgruppen. Der var i dette interview den ønskede effekt, hvor deltagerne selv debatterede temaerne, og intervieweren kunne holde sig i baggrunden.

Analyse af patienternes fokusgruppeinterviews

Patienternes ideer til forskellige tilbagemeldingsmetoder

Inden emnet med forbedring af det nuværende skema blev drøftet, blev deltagerne spurgt om, hvilke måder de kunne forestille sig at give hospitalet tilbagemeldinger om fejl og uhensigtsmæssige oplevelser. Denne indfaldsvinkel blev valgt for at vise åbenhed for andre muligheder end det skema, der benyttes i dag.

Patienterne fremkom med følgende ideer:

- **Gruppesamtale**

Deltagerne fandt det interessant at være med i fokusgruppeinterviewet og så denne form som en mulighed for at give tilbagemelding om uhensigtsmæssigheder under indlæggelsen. Samtalerne skulle ikke udføres med alle patienter, men som en form for stikprøve.

- **Individuel samtale ved udskrivelsen**

En individuel samtale med en sygeplejerske på udskrivelsesdagen, hvor der kunne evalueres på opholdet. Dialogen kunne være medvirkende til, at patienten fik en større forståelse for, hvorfor tingene havde formet sig, som de gjorde.

- **Samtale med den patientsikkerhedsansvarlige medarbejder**

Hvis man vil snakke med en udenforstående om problemer i forbindelse med indlæggelsen, kunne det være med den patientsikkerhedsansvarlige.

- **Snakke med en sygeplejerske på afdelingen om problemer med et andet personalemedlem**

Det kan være lettere at tale med en sygeplejerske på afdelingen om uheldige episoder, man har haft i relation til andre personalemedlemmer. Der er en erfaring om, at så bliver der gjort noget ved problemet, fordi sygeplejerskerne er gode til efterfølgende at tage problemet op med rette vedkommende.

Den ene fokusgruppe fik spørgsmålet, om det ville være en fordel, at de blev ringet op pr. telefon efter indlæggelsen, hvilket ingen syntes var en god ide, da man så var ude af sammenhængen.

Patienterne diskuterede følgende dilemmaer, som der ikke var en entydig holdning til:

- Er mundtlig eller skriftlig rapportering at foretrække?
- Skal rapporteringen være anonym?
- Skal en mundtlig rapportering helst ske til den person, som man oplever som ansvarlig for fejlen – eller til en anden person?
- Er trygheden størst, når man taler med en person, man kender rigtig godt – eller netop når man taler med en, som man ikke kender særlig godt?

Direkte adspurgt, ønskede alle patienterne i fokusgrupperne at have en tilbagemeldingsmulighed vedr. hændelser under indlæggelsen. Dette kan hænge sammen med, at netop disse patienter – som deltog frivilligt i interviewet – kunne have en særlig interesse i at være informanter.

Patienternes holdning til indberetningsskemaerne.

Der udleveres i dag to typer skemaer til patienterne. De vil i denne rapport blive omtalt som:

- Skema 1 (Patienttilfredshedsundersøgelse) (bilag 5)
- Skema 2 (Skema til skriftlig rapportering af fejl og uheldige hændelser) (bilag 2)

Patienterne gav udtryk for, at skema 1 er beregnet til småting, ris og ros. At det er et godt redskab, som ingen ville undvære, og at en af dets fordele er, at der er mulighed for at formulere sig frit med masser af plads at skrive på.

Skema 2 blev opfattet som en mulighed, når man vil brokke sig eller klage over noget. Det skal være nogle store alvorlige ting, før man tager det i brug.

Det kan føles unødvendigt at få to slags skemaer udleveret. På den anden side blev der nævnt en fordel ved at have et separat skema (skema 2) til udfyldelse her og nu, når man lige har oplevet et problem.

Tidspunkt for præsentation af indberetningsskemaerne.

Patienterne havde forskellig opfattelse af, hvornår muligheden for rapportering skulle introduceres:

- Ved indlæggelsen.
- Ved indlæggelsen – med opfordring igen i slutningen af indlæggelsen.
- I slutningen af indlæggelsen.

Begrundelsen for, at det var en god idé at udlevere skemaerne fra starten af indlæggelsen med tilhørende introduktion var, at patienten så kunne skrive erfaringerne ned, efterhånden som vedkommende oplevede episoderne, hvilket kunne medvirke til, at man huskede, at få flere ting med.

Nogle tilføjede, at den tidlige udlevering kunne følges op ved, at personalet gav en påmindelse undervejs f.eks. ved at udlevere en kuvert nogle dage før, patienten udskrives.

Andre mente, at det netop var godt at udlevere skemaet sidst i forløbet, fordi patienten så havde erfaring fra et helt forløb og var blevet så tryk ved stedet, at han turde sige sin uforbeholdne mening. En udlevering sidst i forløbet kunne også have den fordel, at patienten ikke glemte at udfylde skemaet.

Introduktionen til skemaerne

Det fremgik af fokusgruppens samtale, at måden skemaerne udleveres på har været forskellig fra afdeling til afdeling og fra person til person. Nogle havde fået begge skemaer ved indlæggelsen, andre havde kun fået patienttilfredshedsskemaet ved indlæggelsen, og nogle havde endnu ikke fået skemaer udleveret eller havde ikke hæftet sig ved dem.

Der blev nævnt følgende enkeltstående udsagn om introduktionen til skemaerne:

- Opfordring til at læse skemaet igennem, så patienten kunne få indtryk af, hvad det gik ud på.
- Vigtigt at give tid til at tænke over spørgsmålene.
- Introduktionen indeholdt forklaring om, at personalet gerne ville blive bedre til at gøre arbejdet.
- Det blev fortalt, hvor skemaet skulle afleveres.
- Det blev vist, hvor skemaet skulle afleveres.

Patienternes forståelse for skemaernes formål.

Patienterne talte sig i samtalens løb frem til en forståelse af skemaernes formål. Der nævntes forhold som:

- Personalet kan få mulighed for at handle anderledes en anden gang
- Det er til gavn for kommende patienter, hvis fejl bliver rettet
- Det kan være vigtigt at få at vide, at en fejl forekommer flere gange – måske vægtes den ikke, hvis man kun hører om den i et enkeltstående tilfælde.
- Det er en måde at opsamle nye ideer på.
- Det er en patientrettighed at blive hørt.

Patienternes forslag til ændring af skemaerne

Der var forskellige opfattelser af, hvorvidt de to forskellige skemaer, som i dag udleveres, supplerer hinanden eller er overlappende.

Nogle patienter mente, at skema 2 signalerede, at det kun var meget alvorlige forhold, der rapporteres her, mens skema 1 skulle bruges til rapportering af småting. Der var forslag om, at skema 2 kunne ligge fremme frit tilgængeligt, så man selv kunne tage dem, hver gang man mødte en uhensigtsmæssighed. Ingen patienter ønskede at undvære skema 1, og nogle mente, at man kunne nøjes med skema 1 og bruge dette til at skrive alle former for tilbagemelding på.

Der var en række forslag til ændring af begge typer skemaer primært gående på en forenkling.

Forslag ang. skema 1:

- Give mere plads til fri tekst, hvor der kan beskrives fejl eller uheldige hændelser
- Skrive, at man kan vedlægge ekstra papir, hvis man ønsker mere plads at skrive på end skemaet har.

Forslag ang. skema 2:

- Undlade felterne til afkrydsning af type af fejl (medicin, kommunikation, andet).
- Mulighed for at rapportere flere fejl på samme skema

Barrierer for patienternes tilbagemeldinger vedr. fejl og utilsigtede hændelser

Patienterne angav en række barrierer, som kunne være afgørende for, om de ville give tilbagemelding på fejl og utilsigtede hændelser, de havde oplevet under indlæggelsen – hvad enten det var mundtligt eller skriftligt. I de fleste tilfælde angav de også løsningsforslag til, hvordan man kunne formindske eller undgå barriererne. Disse overvejelser er systematiseret i nedenstående skema.

Barrierer for tilbagemelding:	Uddybning vedr. barrierer:	Patienternes bud på, hvad der kan afhjælpe problemet:
At man ikke tør give sin mening til kende	Det kan være svært at sige sin ærlige mening til det personale, som man i en eller anden grad er afhængig af. Man skal være stærk for at kunne sige tingene ligeud – og patienterne føler sig netop ofte svage under en indlæggelse.	At man er anonym. At man opfordres til at melde sin ærlige mening ud. At man mødes med respekt af personalet.
Problemer med skriftlighed	Det kan være svært at formulere sin tilbagemelding, og for nogle kan det være svært at gøre det kort og skriftligt. Der kan være ordblindhed eller problemer med at skrive.	At personalet hjælper med udfyldelse af skemaerne. At den patientsikkerhedsansvarlige hjælper. At der også er mulighed for kun at melde tilbage mundtligt.

Barrierer for tilbagemelding:	Uddybning vedr. barrierer:	Patienternes bud på, hvad der kan afhjælpe problemet:
Manglende mulighed for at gøre det lige i situationen	Hvis man ikke melder tilbage netop lige, når en episode er sket, glemmer man det. Noget som virker som en fejl i nuet, opfattes måske ikke som en fejl senere.	At skemaerne ligger let tilgængeligt på stuerne eller i stativer i patientafdelingerne. At man ikke behøver at bede om at få endnu et skema, men selv kan tage det.
Hvis man kun har positiv feedback	Hvis man overvejende er tilfreds, har man ikke behov for at melde om enkelte uhensigtsmæssige oplevelser.	At patienterne ikke tvinges til at skrive, hvis de ikke ønsker det. At nøjes med at bruge en slags skemaer = skema 1
Ingen forventning om at blive spurgt	Hvis man ikke venter at blive spurgt om sin mening, kan man blive så overrasket, at man ikke har et svar.	At der introduceres til skemaerne og deres formål.
Det er synd for personalet	Der er betragtninger om, at personalet ikke kan gøre for, at der sker uhensigtsmæssige hændelser – enten fordi de er under oplæring, eller fordi de er pressede tidsmæssigt.	
Der er andet, som er vigtigere/fylder mere	Under en indlæggelse er der mange ting omkring helbredet, som fylder meget og ikke levner overskud til indrapportering. Det kan være smerter, frustration over fysisk og psykisk tilstand, tristhed. En reaktionsmåde er at lukke sig ind i sig selv. En anden at tænke, at man jo kun skal leve med evt. uhensigtsmæssigheder i de 3 uger, man er på Gigthospitalet.	At det er valgfrit at udfylde skemaerne.
Fagfolk ved bedst	Der er tiltro til, at fagfolk ved, hvad de gør, og derfor stilles ens egen opfattelse af uhensigtsmæssigheder i baggrunden. Autoritetstroen kan gøre, at man ikke giver sin mening til kende.	At personalet lytter til patienterne.
Bliver det overhovedet brugt?	Der stilles spørgsmålstejn ved, om rapporteringerne bliver brugt til noget – at det er papirnusseri eller spild af tid at rapportere. Når man først indberetter ved udskrivelsen, så kan resultatet af forbedring ikke benyttes i forhold til egen behandling.	
Manglende uforstyrrethed	Mundtlig rapportering hæmmes af, at man ligger på 4-sengsstuer, hvor de andre patienter enten kan høre alt, hvad man siger. Hvis medpatienterne bliver bedt om at forlade stuen, mens man snakker med det faglige personale, ved patienten, at det er til gene for dem.	At der er et uforstyrret rum, hvor man kan snakke om ting, man ikke ønsker andre skal høre. Den skriftlige tilbagemelding gives lettest, når man er på sin stue i fred og ro.
Bange for at blive stemplet	Angst for, at negative tilbagemeldinger bliver opfattet som brok af personalet.	At personalet opfordrer til åbenhed ved deres

Barrierer for tilbagemelding:	Uddybning vedr. barrierer:	Patienternes bud på, hvad der kan afhjælpe problemet:
	Patienten kan være bange for at blive opfattet som hypokonder, sur eller urimelig, hvis han påviser uhensigtsmæssigheder.	væremåde. Når patienten fornemmer, at man kan sige alt, og at det "bliver taget i stiv arm", er det lettere at kommentere noget, som havde en negativ virkning.
Uvant at skulle sige sin mening	Det kan være en hindring, hvis man ikke er vant til at give sin mening til kende. På akutsygehuse bliver man ikke altid spurgt herom.	At personalet løbende opfordrer til at skrive i skemaerne i de situationer, hvor der opstår uhensigtsmæssigheder. At der bliver sagt "Husk nu at bruge skemaet". At medpatienter lærer de nye patienter op i brugen af skemaerne.
Manglende respekt	Den situation, hvor man som patient, kan få fornemmelsen af, at man skal bede om lov til ting i hverdagen, og at man ikke har den sædvanlige myndighed, kan give problemer i forhold til kommunikationen i øvrigt med personalet.	At personalet møder patienten med respekt, så patienten ikke bare er "et nummer". For nogle er anonymiteten en forudsætning for at kunne give tilbagemelding – for andre er det fortrolighed og tæt kendskab til et enkelt personalemedlem.
Erkende, at det <i>er</i> en fejl	Man skal erkende, at der er sket en fejl eller noget uhensigtsmæssigt, før man kan rapportere.	At personalet snakker med patienterne om hændelserne og opfordrer dem til at skrive i skemaerne.
Er småting værd at indberette?	Nogle ting opfattes som for små til at indberette. Der er en opfattelse af, at skemaerne til indberetning af fejl og uhensigtsmæssige hændelser kræver store, alvorlige episoder.	
Omstændeligt	Det må ikke være omstændeligt at udfylde skemaerne.	At skemaerne forenkles med færre ting, der skal besvares. At der kun er et skema til udfyldelse i stedet for to som nu.
Sproglige barrierer	Det er problematisk, hvis man mundtligt skal forklare sig over for en person, som taler dårligt dansk eller bruger mange latinske udtryk.	At man har en dansk sygeplejerske med, når man taler med en læge, hvis dansk ikke er optimalt. At der bruges færre fagudtryk.

Analyse af fokusgruppeinterview med plejepersonale

Personalets ideer til forskellige tilbagemeldingsmetoder

Personalet blev ikke spurgt specifikt om, andre tilbagemeldingsmetoder end de to nuværende skemaer kunne være hensigtsmæssige. Det blev spontant nævnt, at patienterne kunne gå i dialog med den patientsikkerhedsansvarlige, og plejegruppen kunne bruges til at drøfte problemstillinger, der vedrørte andre personalegrupper.

Personalets holdninger til indberetningsskemaerne

En holdning der fremkom under fokusgruppeinterviewet var, at det var lettere at forholde sig til og lære af de skemaer om fejl og nærfejl, som personalet selv udfyldte. Her opnås en større konkret læring, og der var tilfredshed med denne form for indberetninger. Fokusgruppen havde desuden en drøftelse af, at det var lærerigt, når patienter og personale havde meget forskellig holdning til, hvad der var væsentligt. At man som personale havde meget at lære ved at høre patienterne nævne noget som et stort problem, hvor man selv syntes, det var en bagatel.

Patienternes anonymitet ved rapporteringerne var tydeligvis et følelsesladet emne. Der fremkom ytringer som: "De burde sætte navn på", "svine personalet til", "mener man tingene, må man stå ved dem", "hvis de ikke mener det mere alvorligt, end det de vil lægge navn til, så kan jeg ikke tage klagen alvorligt", "Her er jeg virkelige blevet forurettet".

Fokusgruppen nævnte følgende grunde til, at patienternes anonymitet var problematisk:

- Personalet kunne føle sig under anklage
- Ingen muligheder for at forsvare sig – samtidig med, at patienten kunne komme med udtalelser uden at skulle stå til regnskab.
- Manglende mulighed for at gå i dialog med pågældende patient, så forholdene kunne rettes undervejs.
- Mindre mulighed for læring, når man ikke kunne få præciseret, hvad det drejede sig om – det medførte gisninger om hændelsesforløbet.

Der blev givet et eksempel på, at en sådan fejlrapportering, hvor et personalemedlem var nævnt ved navn var blevet set af mange personer, inden den var blevet fjernet i afdelingen. Nogle valgte derfor at være opsøgende i forhold til, om der er kommet nogle rapporteringer, der handlede om dem. Der var også usikkerhed om, hvorvidt skemaerne sendes til amtets patientrådgiver og til regionen, og hvilke konsekvenser det kunne få for det enkelte personalemedlem at være nævnt i den sammenhæng.

Personalet snakkede om "før" og "nu", når de drøftede deres holdning til patienternes udfyldelse af skema 2 med fejlrapporteringer. Før var der en vis skepsis og en tendens til at føle sig personlig ramt, når patienterne afleverede skemaerne. De følte, at de havde arbejdet med holdninger og deres indstilling til systemet, og de gav udtryk for at udlevering af skemaet og opfordring til brug heraf, nu var blevet rutine i hverdagen. Det gav udtryk for at det var nytænkning, og der blev reflekteret over, at det gav mulighed for at fange tingene og forbedre servicen, så hospitalet kan være blandt de bedste.

Trods udsagnene om, at tilbagemeldinger fra patienterne gav god læring, brugtes der ord som kritik, brok og sladder i forbindelse med skema 2. Det fortaltes af flere af deltagerne, at opfordringen til at bruge skema 2 mest gives, når patienterne selv henvender sig og fortæller om en problematisk hændelse. Der blev ikke givet så meget introduktion til skema 2 som til skema 1, hvilket blev forklaret med, at der er meget information at give i starten af en indlæggelse, og at patienterne selv forventes at læse skemaet og se, hvad det kan bruges til.

Tidspunkt for præsentation af skemaerne

Personalet havde forskellige udleveringsprocedurer for skemaerne. Nogle udleverede skemaerne ved indlæggelsessamtalen sammen med en del andet informationsmateriale, andre udleverede dem i slutningen af forløbet.

Der var bred enighed i gruppen om, at man ville få forskellige besvarelser af skemaerne afhængigt af, hvornår i indlæggelsesforløbet patienterne udfyldte skemaerne. Fordelen ved udlevering først i forløbet var, at patienterne havde mulighed for løbende at udfylde skemaerne – samt en sikkerhed for personalet om, at de huskede udleveringen. Der var et forslag om, at der kunne vedlægges en frankeret svarkuvert, så patienterne kunne vælge først at sende skemaerne, når de var kommet hjem.

Ved udlevering sidst i forløbet nævntes den fordel, at patienterne havde fået en større forståelse for og indsigt i den samlede behandling. Det, som patienterne ville finde på at beklage midt i forløbet, mens de havde det dårligt fysisk, ville de kunne se meningen med i slutningen af indlæggelsesforløbet, når de havde fået det bedre. Én havde oplevet, at patienter, som havde udfyldt tilfredshedsskemaet negativt i løbet af indlæggelsen, kom inden udskrivelsen og bad om et nyt skema, fordi deres opfattelse af opholdet havde ændret sig.

Introduktion til skemaerne

Der var ikke en fælles procedure for, hvordan skemaerne udleveres. Fokusgruppen var enig om, at skemaerne udleveres sammen med en mundtlig introduktion til formålet. De gav patienterne følgende forklaringer:

- Vi kan lære af det
- Vi kan ændre noget i forhold til dig
- Vi kan lære af både det positive og det negative

Som tidligere nævnt gives introduktionen til skema 2 til tider mere sparsomt end til skema 1. Der opfordres løbende til, at patienterne laver rapporteringer, når de fortæller om noget uhensigtsmæssigt, som de har oplevet. Der var hos personalet en oplevelse af, at kritik kunne standses i opløbet, når de opfordrede til at give det skriftligt. Interviewet sluttedes med denne bemærkning: "Det er alt afgørende, at vi som personale ved, hvordan og hvorfor og hvad der skal introduceres til patienten".

Personalets forståelse for skemaernes formål

Personalet havde en nuanceret forståelse af skemaernes formål, og de nævnte mange gange, at de fortalte patienterne om, hvorfor det var vigtigt at udfylde skemaerne. Her differentieredes ikke mellem, om det var skema 1 eller skema 2, der taltes om. Der blev nævnt følgende formål med skemaerne:

- Synliggørelse, dokumentation og kontrol giver større opmærksomhed på at undgå fejl.
- Der er et væsentligt læringsaspekt: Personalet kan få mulighed for at handle anderledes en anden gang, og man lærer både af egne og andres fejl.
- Kvalitetsudvikling.
- Man kan muligvis nå at forbedre forløbet undervejs.
- Ledelsen får større opmærksomhed på problemerne, når patienterne gør opmærksom på dem, end når personalet gør opmærksom på dem.

Personalets forslag til ændring af skemaerne

Personalet havde nogle få forslag til ændring af skemaerne: Ophæve anonymiteten og sætte dato på skemaet for udfyldelse (så man bedre kan finde frem til hvilken hændelse, der tales om).

Gruppen blev ikke spurgt direkte, om det var hensigtsmæssigt at fastholde både skema 1 og 2. Der fremkom holdninger om, at skema 1 var velegnet, når man havde været tilfreds med opholdet, mens skema 2 var til de begivenheder, man havde været utilfreds med. Det nævntes, at skema 2 var bedst at bruge til noget konkret.

Barrierer for patienternes tilbagemeldinger vedr. fejl og utilsigtede hændelser

Personalet havde en række tanker om barrierer for patienternes tilbagemeldinger. De er på nogle punkter overlappende med patientgruppernes forslag – og der blev desuden tilføjet en række nye punkter. I det følgende vil overlappningen kort blive ridset op. Derefter samles de nyttilkomne punkter i en liste.

Følgende punkter er identiske med patienternes forslag:

- Turde give sin mening til kende.
- Problemer med skriftlighed
- Ordblindhed/læsehandicaps
- Hvis man kun har positive tilbagemeldinger
- Der er andet, som fylder mere (der gives megen anden information ved indlæggelsessamtalen)
- Bliver det overhovedet brugt?

Det er værd at bemærke, at personalet beskæftigede sig meget med punktet "Bliver det overhovedet brugt" i interviewet. Det var en barriere, som de kom med mange udtalelser i forhold til, og som de vendte tilbage til flere gange undervejs. Der er forskel på den vægtning personalet tillagde denne faktor og den lavere vægtning, som patienterne gav den. Det kan evt. hænge sammen med, at personalet selv savnede tilbagemeldinger herpå.

Personalet foreslog en større synlighed vedrørende rapporteringernes konsekvenser over for patienterne, så patienter, der indlægges flere gange på Gigthospitalet, kunne se, at deres påpegning af fejl havde medført ændringer. Et konkret forslag var, at der udarbejdes en plakat eller andet skriftligt materiale til patienterne, der viste, hvad rapporteringerne havde medført af ændringer.

Følgende punkter er personalets supplement til patienternes liste med barrierer.

Barrierer for tilbagemelding:	Uddybning vedr. barrierer:	Personalets bud på, hvad der kan afhjælpe problemet:
Skemaerne skal afleveres et bestemt sted	Når skemaerne skal afleveres i postkassen ved spisestuen, kan det give en barriere for dem, der glemmer dem og ikke orker at gå en gang til.	Give frankeret svarkuvert sammen med skemaet, så det kan sendes hjemmefra.
Patienternes fysik	Motoriske problemer kan betyde, at man har svært ved at skrive.	Have tilbud om mundtlig rapportering.

Barrierer for tilbagemelding:	Uddybning vedr. barrierer:	Personalets bud på, hvad der kan afhjælpe problemet:
Synshandicaps	Når patienten ikke kan læse skemaernes tekst, giver det ikke mening, at skulle udfylde dem.	Personalet tilbyder støtte. At patienterne selv henvender sig om problem med skemaerne.
Hvis personalet undskylder hændelsen	Der gives eksempler på, at når personalet undskylder en hændelse, som patienten vil rapportere, så dropper patienten at rapportere.	
Anonymitet	Anonymitet kan signalere, at man ikke tager indkomne rapporteringer alvorligt	Ophæve anonymiteten på skemaerne

Endvidere blev der gjort opmærksom på et andet forhold, som ikke havde direkte sammenhæng med indberetning af fejl og utilsigtede hændelser men i forhold til at opnå en dialog generelt: Når der er patienter, som tilbringer meget tid i rygeopholdsstuen, har de ikke så let ved at komme i snak med personalet, da personalet har en tendens til at undgå at gå derhen. Personalet havde en holdning til, at patienterne i rygedagligstuen måtte komme ud og opsøge dem, hvis de ville noget. Eksempelvis var udtalelserne: "Jeg tror nok de rygere, de føler sig nok forsømt, og det kan godt være, det er berettiget..." og "Så da tror jeg nok, vi har ... et svigt".

(Vi er netop i færd med at ændre de fysiske rammer, så alle dagligstuer og sengeafdelinger bliver røgfrie på hospitalet).

Personalets opfattelse af opfølgning på indberetningerne

Der blev nævnt følgende måder, hvorpå der i dag følges op på indberetningerne:

- Drøftelse af konkrete indberetninger på morgenmøder eller personalemøder
- Slavisk gennemgang af alle utilsigtede hændelser
- Patientsikkerhedsansvarlig er kommet på afdelingen og har drøftet en hændelse
- Opgørelser hænges på opslagstavlen
- Kopi af indberetningerne til logbogen
- "Mød-hospitalschefen-arrangementer" for patienterne

Personalet havde trods disse eksempler mange udsagn om, at de ikke oplevede tilstrækkelig opfølgning på indberetningerne. Det gjaldt både dem, som patienterne udfylder og dem, de selv udfylder. De efterlyste også svar på klager. Personalet gav følgende forslag til forbedring af opfølgningen:

- At informationen til personalet har fokus på værdi, brugbarhed og konsekvens
- At den patientsikkerhedsansvarlige i øget grad kommer med på møder, hvor afdelingen tager en overordnet gennemgang af indberetningerne – og at møderne lægges, så også eftermiddags- og aftenvagterne kan være med.
- At den direkte information på mail "koges ned", så den i højere grad kun indeholder konklusioner og hovedpunkter. Disse kunne omhandle
 - Hvad der er relevant for plejen
 - Hvad der sker mest af
 - Hvad patienterne synes er mest væsentligt
 - Hvad personalet synes er alvorligst
- At der på fælles "staffmeeting" behandles generelle problemstillinger vedr. fejl og utilsigtede hændelser
- En opslagstavle med information om, hvad indberetningerne fører til
- At der gives introduktion til *hæle* personalet om indberetningsskemaerne (nogle har ikke fået introduktion)
- At ledelsen giver svar på personalets indberetninger
- Referat af, hvad hospitalschefen snakker med patienterne om på "Mød-hospitalschefen-arrangementerne".

Konklusion på fokusgruppeinterviewene

Barrierer

Fokusgruppeinterviewene har givet svar på hvilke barrierer, der kan ligge til grund, når patienter vælger at undlade at rapportere fejl og utilsigtede hændelser. Samtidig gives en række forslag til at overvinde disse barrierer, som vi efterfølgende kan diskutere og vælge, hvilke vi vil iværksætte.

Flere rapporteringsmåder. Procedure for introduktion af skemaerne til patienterne

En differentiering af rapporteringsmåder kan overvejes – og patienterne giver en række forslag hertil. Patienterne sætter pris på muligheden for at kunne give ros og ris. Der er allerede indført en fast procedure for udlevering af skemaerne til patienterne, da der har været forskellig praksis på afdelingerne. Plejepersonalet introducerer til skemaerne på individuel måde og forskelligt tidspunkt i indlæggelsesforløbet, og der er basis for at arbejde videre med holdningerne og praksis i forhold til dette.

Overvejelse om der skal være 1 eller 2 skemaer. Personalets holdninger til patientrapporteringen

Interviewene giver ikke noget entydigt svar på, hvorvidt det er en god ide at fastholde begge de 2 skemaer, som benyttes i dag. Nogle patienter foreslår, at skemaerne slås sammen til et enkelt skema. Både patienter og personale giver udtryk for, at skemaet til rapportering af fejl og uheldige hændelser kun er til meget alvorlige hændelser. Personalet opfatter ikke patienternes rapporteringer som helt så positiv en foranstaltning som deres egne rapporteringer, men der er sket en holdningsændring under projektets forløb. Der fremkommer også nogle modsatrettede udsagn, som kunne tyde på, at personalet reflekterer undervejs i interviewet. Der var flere af deltagerne, som efter interviewet spontant kommenterede, at det havde været rigtig godt at få det diskuteret. De havde oplevet det som en god proces, hvor de havde fået bedre indblik i emnet og deres holdninger hertil undervejs. Interviewene bidrog således til projektets læring. Der var fleres modstridende udtalelser i interviewet. På den ene side gav personalet udtryk for, at de manglede viden og introduktion til, hvad de kunne sige til patienterne, men samtidig kunne de fint redegøre for projektets formål. De var godt tilfredse med systemet med deres egne rapporteringer, og de gav mange eksempler på, hvordan der blev fulgt op på dem. Alligevel følte de, at de manglede tilbagemeldinger. Det har måske snarere været manglende tilbagemeldinger omkring, hvad det havde ført til af ændringer end det at høre om hændelserne.

Problematik i forhold til personfølsomme data

Personalet har frembragt en problemstilling om anonymitet i forhold til patientindberetningerne. Det synes væsentligt, at ledelsen går ind i en drøftelse af de forhold, der ligger til grund for problemstillingen, ligesom en sikring af procedure ved håndtering af personfølsomme data er aktuel. Jf. udskrivelsesinterviewene er det vigtigt, at patienterne har muligheden for at vælge at rapportere anonymt ved følsomme sager.

Tilbage melding om indberetningerne

Behovet for øget fokus på tilbage melding på rapporteringerne er stort. Personalet giver en række ideer til informationsmåder, der kan supplere de nuværende.

Diskussion af resultaterne fra de skriftlige patientrapporteringer sammenholdt med udskrivelsesinterviewene omkring uheldige oplevelser

Det er altså muligt at få patienterne til at rapportere fejl og uheldige hændelser skriftligt, hvis vi giver dem muligheden herfor. Der er via fokusgruppeinterviewene identificeret forskellige barrierer for, om patienterne vil rapportere uheldige oplevelser og fejl skriftligt. I det følgende gennemgås disse barrierer og øvrige temaer, som er blevet belyst via såvel udskrivelsesinterviewene som fokusgruppeinterviewene med patienter og personale:

Personalets holdninger og information

Ikke overraskende har projektet peget på, hvor vigtig personalets holdning er for, om det bliver en succes at give patienterne mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser og fejl skriftligt. Dette svarer nøje til de første erfaringer med implementeringen af det nationale rapporteringssystem for personalet vedrørende utilsigtede hændelser og fejl (Dyrløv-Madsen 2004). Det er meget forskelligt, hvor alvorlig hændelsen skal være, før patienten vælger at rapportere den, ligesom det afhænger af situationen. Patienterne har størst interesse i at rapportere de hændelser, de mener, vi kan lære af og dermed medvirke til at forebygge lignende hændelser for andre patienter. Dette ses af såvel udskrivelsesinterviews som af fokusgruppeinterviewene med patienter.

Det er ligeledes afgørende, hvordan personalet introducerer og fortæller om muligheden for skriftlig rapportering og hvorfor, de er interesserede i at modtage disse rapporteringer og minder patienterne om det under indlæggelsen. Det er vigtigt, hvordan personalet efterspørger patienternes input, idet det er afgørende for, om patienterne tør gå i dialog med personalet, hvis de har oplevet noget uheldigt eller en fejl. Patienterne må ikke føle, at de er i risiko for at skade deres eget forløb ved at blive opfattet som besværlige patienter. Det er vigtigt, at patienten tør gå i dialog med personalet om hændelserne, idet det samtidig giver personalet mulighed for at rette op på hændelsen med det samme. Dialogen mellem patienten og personalet om og hvordan, der i øvrigt følges op på hændelsen efterfølgende, kan blive afgørende for, hvor alvorlig patienten herefter anser hændelsen for at være.

Jf. udskrivelsesinterviewene så forventer patienterne i udstrakt grad, at personalet er åbent og fortæller om de hændelser, som de måtte forårsage eller opdage, og denne åbenhed er afgørende for, at patienterne fortsat bevarer tilliden til personalet og hospitalet. Patienterne forventer også, at de møder forståelse og støtte i forhold til den skade, de måtte have pådraget sig på baggrund af en utilsigtet hændelse eller fejl.

For patienterne er situationen afgørende for, om de har lyst til at fortælle om en fejl direkte til personalet, eller om de føler det lettere at fortælle det til et andet personalemedlem eller en anden faggruppe. Dette fremgår af såvel de aktuelle rapporteringer som i udskrivelsesinterviews og fokusgruppeinterviewene. Det er endvidere vigtigt at få informeret patienterne om, at de har muligheden for at tale med den patientsikkerhedsansvarlige som en mere udenforstående person. Plejepersonalet må introduceres ens og jævnlige til, hvad de kan sige til patienterne omkring muligheden for skriftlig rapportering, og de må have viden om, hvad rapporteringerne bliver brugt til, og hvem der får lejlighed til at se dem.

Skemaernes udformning

Hvorvidt muligheden for skriftlig rapportering skal gives på et særskilt ark eller som en integreret del af et kontinuerligt patienttilfredshedsskema er tilsyneladende mindre vigtigt for patienterne, men de sætter stor pris på at have mulighed for at kunne bidrage med deres synspunkter såvel mundtligt som skriftligt. I vores patienttilfredshedsskemaer er det således også over 80%, som supplerer afkrydsningsfelterne med kvalitative kommentarer. Den generelle opfattelse hos såvel patienter som personale er dog, at mindre problemer og generelle forslag til forbedringer hører bedst hjemme på patienttilfredshedsskemaerne, og at de konkrete mere alvorlige problemer skal rapporteres på det særskilte ark. En mere tydelig information til patienterne vil evt. i nogen grad kunne hjælpe patienterne til at kunne skelne mellem disse to ark.

Det kan endvidere overvejes at give patienterne mulighed for at skrive deres navn på rapporteringen, lige så vel som det også fremover skal være muligt og helt acceptabelt at rapportere anonymt, idet der er forskellige holdninger hertil fra patienternes side. For de mest alvorlige og følsomme hændelsers vedkommende er det vigtigt, at patienten har mulighed for at være anonym jf. udskrivelsesinterviewene. Personalet kan lettere opnå specifik læring, hvis de kan genkende situationen, men en principiel læring vil der dog oftest være mulighed for ved at diskutere en patientrapporteret hændelse. Personalets holdning til, at de kan føle sig anklaget uretmæssigt og ikke kan forsvare sig, må vi arbejde med på anden vis i organisationen. Denne holdning afspejler måske netop, at der endnu er usikkerhed om, hvordan disse patientrapporteringer bliver brugt, og hvor der informeres ud om dem. I forhold til personalets rapporteringer af utilsigtede hændelser, oplever vi ikke nogen form for bekymring for personlig forfølgelse. Denne kultur må vi arbejde på også kommer til at omfatte patienternes rapporteringer. Det er således vigtigt, at afdelingslederne, som får rapporter og kopier fra patienttilfredshedsskemaer, hvor et af deres personaler er nævnt positivt eller negativt med henblik på at kunne følge op med det pågældende personalemedlem, også

håndterer denne viden fortroligt og ikke hænger kopier op på opslagstavler, i nyhedsbøger m.v.

Metodediskussion

I dette afsnit diskuteres de valgte metoder og organisering af projektet og deres egnethed i forhold til at nå projektets mål.

Det har vist sit givtigt at anvende såvel udskrivelsesinterviews, skriftlig rapportering og at belyse patienternes holdninger via fokusgruppeinterviewene. Patienterne pegede også i fokusgruppeinterviewene på alle disse muligheder som mulige metoder til at sikre sig deres input til emnet. Udskrivelsesinterviewene gav mulighed for dialog og gav, ud over viden om de specifikke uheldige hændelser og fejl patienten havde oplevet, også mulighed for at fokusere på de helt lokale risici, og hvad patienterne fandt fungerede rigtigt godt lokalt. Ved at tale om, hvad patienterne oplevede, udgjorde risici lige netop her på hospitalet, fik vi mulighed for at være proaktive på områder, hvor vi endnu ikke havde haft uheldige hændelser eller fejl rapporteret. Interviewene gav også gode input til udarbejdelsen af skemaet til den skriftlige rapportering. Der kan genfindes mange emner fra de aktuelt rapporterede hændelser i de temaer, som patienterne identificerede som risici ved udskrivelsesinterviewene, hvilket viser at der er god sammenhæng.

Patienterne i det første fokusgruppeinterview refererede til projektleder på baggrund af de få minutters dialog ved invitationen til interviewet. Det havde formentlig været bedst, udelukkende at anvende eksterne folk til gennemførelsen af alle fokusgruppeinterviews. Det kan evt. have afholdt nogle af patienterne fra at komme med udtalelser, som kunne opfattes som kritik, selvom en del af patienterne alligevel havde nogle kritiske kommentarer og forslag til ændringer. Det har været rigtigt at anvende eksterne konsulenter til at bearbejde alle fokusgruppeinterviews for at sikre mod forvrejning eller udeladelser. Det har også været hensigtsmæssigt, at projektleder ikke deltog i interviewet med personalet, da det evt. kunne have blokeret for eller have påvirket nogle af udtalelserne.

Det kan ikke helt udelukkes, at der kan have været bias/forhold i udvælgelsen af patienter og personale, som har bevirket, at deltagerne ikke er repræsentative. Der var f.eks. lidt færre mænd, der deltog i fokusgruppeinterviewene end, hvad der er repræsentativt for vores patientgruppe, hvor ca. 25% er mænd. Det er muligt, at en anden kønsfordeling kunne have

givet supplerende oplysninger. De ældste patienter er heller ikke repræsenteret, men om det ville have givet andre oplysninger er uvist.

Det er muligt, at en anden gruppe personaler ville have vist et andet resultat vedrørende de holdninger, som fremkom i fokusgruppeinterviewet med plejepersonale, men data, om hvor forskelligt der er informeret og introduceret til at udlevere skemaerne, ville formentlig være de samme. Det kunne evt. have været hensigtsmæssigt at gennemføre 2 fokusgruppeinterviews med personaler for at få endnu flere forskellige holdninger frem. De 7 deltagere repræsenterer dog de tre sengeafdelinger. Det deltagende plejepersonale var udelukkende valgt ud fra, hvem der bedst kunne gå fra den pågældende dag, og at der var såvel sygeplejersker som social- og sundhedsassistenter repræsenteret. Dette medvirkede til en overvægt af personale, som har været ansat på stedet under 3 år og gruppen var således ikke repræsentativ for plejegruppens ansættelseslængde. Om dette har haft betydning er svært at sige. Det videre arbejde med personalets holdninger vil dog inddrage hele plejegruppen, idet det er læringen, vi har fokus på i projektet.

Fokusgruppediskussioner har vist sig som en givtig metode til at afdække og arbejde med personalets holdninger og oplevelser i forhold til patientpartnerskab i forhold til patientsikkerhed og patientrapporteringer af utilsigtede hændelser, idet der skete refleksion og læring undervejs i interviewet.

Projektets organisering

Det har været godt at have en repræsentant fra hver af de implicerede sengeafdelinger med i styregruppen med henblik på den lokale implementering af projektet og ligeledes til at give tilbagemeldinger til personalet omkring de hændelser, som patienterne rapporterede. Der har dog i perioden været et kæmpemæssigt informationsflow pga. vores 2. akkrediteringsrunde i 2006. Der er sket udskiftning af den ene deltager i styregruppen, og en anden har været langtidssygemeldt i slutningen af perioden. Dette har været medvirkende til mindre fokus på dette projekt end ønsket fra såvel plejepersonale som projektleders side, og der kan have været brist i kommunikationen undervejs. Personalet har også haft svært ved at omsætte mængden af information i huset i projektperioden. På baggrund af resultaterne fra fokusgruppeinterviewet med personalet fremgår det endvidere, at det havde været mere hensigtsmæssigt at holde fast i den oprindelige plan, hvor projektleder skulle informere hele personalet til fyraftensmøder eller personalemøder. Dette kunne evt. have været med til at sikre en mere ens introduktion til formålet, hvad de skulle bruges til, hvordan personalet kunne introducere patienterne til skemaerne osv. Vi kunne måske herved have fået endnu flere rapporteringer fra patienterne. Hvis vi ikke havde haft patienttilfredshedsskemaet, havde

vi formentlig også fået mange flere rapporter om hændelser på skemaet hertil, idet der er en del af de supplerende kommentarer på de nuværende patienttilfredshedsskemaer, som svarer til de hændelser, som andre patienter har valgt at rapportere på skemaet til rapportering af fejl og uheldige hændelser.

Ressourceforbrug og resultater

Overordnet må det siges, at vi har opnået formålet og delmålene med projektet.

Vi fik allerede ved udskrivelsesinterviewene mange nyttige input til, hvad der kunne udgøre risici, og hvor vi kunne sætte ind med at forebygge hændelser og kvalitetsudvikling i øvrigt. Nogle af tingene blev der hurtigt rettet op på, mens de bygningsmæssige ændringer er undervejs her i 2007, idet det tager længere tid at få iværksat.

At gennemføre udskrivelsesinterviewene har været et relativt billigt tiltag, idet det "kun" kostede arbejdstid for projektlederen. I mindre målestok er det derfor et realistisk tiltag, som fremover kan anvendes som "stikprøve", sådan som patienterne også har foreslået det. Fokusgruppeinterviewene er dyrere at gennemføre, idet de har krævet nødvendig ekstern bistand til gennemførelse og analyse. Hvis vi fremover vælger at anvende fokusgruppeinterviews som opfølgning til at spørge patienterne om deres idéer og oplevelser, kan vi evt. gennemføre dem med interne ressourcer, selv om det vil være mest hensigtsmæssigt med eksterne ressourcer for at undgå, at patienterne er tilbageholdende med evt. kritik.

Vi har valgt generelt at have fokus på kommunikation i 2006, så derfor blev undervisningsaktiviteterne på dette område mere omfattende end planlagt i projektbeskrivelsen, og de blev derfor ikke udelukkende dækket af projektets midler.

Undervejs i projektforløbet har tiltagene været med til at understøtte opbygningen af en stærk sikkerhedskultur og understøtter personalets egen rapportering af hændelser. Dette arbejde skal fortsættes i de kommende år, men vi har nu et godt grundlag for at vælge forskellige måder at inddrage patienterne på fremover. Et af projektets formål var også at skabe læring omkring partnerskab med patienterne, og dette er underbygget af såvel kommunikationsundervisningen som af de praktiske erfaringer undervejs i projektforløbet. Som det fremgår af fokusgruppeinterviewet med personalet, har personalets holdning også ændret sig undervejs i projektet, og det er et område, som fortsat kan udvikles yderligere.

Perspektivering

Inddragelse af patienterne via interviews omkring patientsikkerhed og patientrapporteringer har været en meget positiv oplevelse, uanset om det gælder de individuelle udskrivelsesinterviews eller fokusgruppeinterviewene. Langt hovedparten af patienterne var meget positive, når de blev bedt om deres bidrag til at udvikle kvaliteten på forskellig vis ved at give os indblik i deres oplevelser og erfaringer. Patienterne udgør helt klart en stor ressource, der kan inddrages i mange forskellige andre sammenhænge også.

Patienternes perspektiv har givet os mulighed for, at vi nu ser andre risikoområder, når vi vurderer patientsikkerheden for de fysiske rammer i hele huset, sådan som det sker årligt som led i vores proaktive risikostyring. Det vil fremover ikke være nødvendigt at gennemføre så stort et antal interviews, næste gang vi måtte ønske at checke, hvad patienterne kan bidrage med, idet der i de sidste 10 interviews kun kom mindre supplerende idéer. Samme tiltag kan med fordel benyttes på andre hospitaler.

Patientsikkerhedsstuegange, som beskrevet af Frankel og Ghandi et al, kan videreudvikles til også at inddrage spørgsmål til patienterne, som foreslået af Dansk Selskab for Patientsikkerhed (Læringssæt om Patientsikkerhedsstuegange 2006), og samtidig viser de et stærkt ledelsesfokus på patientsikkerhed i organisationen. Det kunne være en metode til at inddrage patienterne i en dialog om risici og oplevede utilsigtede hændelser og fejl, som også vil være med til at understøtte udviklingen af sikkerhedskulturen som alternativ til udskrivelsesinterviews. Internt på hospitalet har vi mulighed for at integrere dette i de etablerede "interne kvalitetsstyringsaudits", som alle afdelinger kommer igennem hvert 2. år.

Et andet alternativ vil være, at indarbejde temaet i udskrivessamtalen mellem plejepersonale, læge og patient. Man kunne her have en kort dialog med patienten om, hvad de har oplevet er gået galt eller var lige ved at gå galt under indlæggelsen. Herved kunne personalet få en endnu bedre mulighed for at opnå læring, ligesom det ville kunne medvirke til en øget risikobevindsthed i det daglige arbejde. Samtidig ville patient og personale via dialogen få mulighed for at rette op på misforståelser og reducere patientens oplevelse af hændelsens alvor. Det ville samtidig give de patienter, som har forskellige barrierer for at formulere sig skriftligt, en mulighed for at fremkomme med deres synspunkter mundtligt.

Personalet angiver i fokusgruppeinterviewet, at de er tilfredse med systemet med deres egne rapporteringer af utilsigtede hændelser, og at de føler, de lærer noget af dem. Selv om vi synes, vi er blevet rigtig gode til at rapportere utilsigtede hændelser i hele organisationen, at følge op på dem og sikre feedback via nyhedsbreve og diskussioner på personalemøder,

lederfora og kvalitetsudvalg, så viser fokusgruppeinterviewet med personalet dog også, at de har behov for yderligere feedback om, hvad der er sket på baggrund af såvel personalets egne rapporteringer som patienternes rapporteringer. Der er ofte et tidsmæssigt efterslæb for iværksættelse af forebyggende tiltag, og vi kan arbejde på at inkludere dette yderligere i nyhedsbreve, udbrede viden om de tilgængelige elektroniske oversigter samt direkte mundtlige tilbagemeldinger fra afdelingsledere og patientsikkerhedsansvarlig, sådan som personalet har foreslået det. Vi arbejder endvidere hen imod at etablere kvalitetsnøglepersoner på de forskellige afdelinger og at etablere et forum for erfaringsudveksling for dem. Dette tiltag vil også kunne medvirke til at sikre en bedre feedback.

Det ses som yderst værdifuldt at give patienterne mulighed for skriftlig rapportering på den ene eller den anden måde. Det kan for vores vedkommende ske ved at integrere spørgsmål om oplevede uheldige hændelser eller fejl i patienttilfredshedsskemaet eller ved at videreudvikle skemaet til særskilt rapportering heraf. Det vil være hensigtsmæssigt at inkludere en dato på skemaet, og det bør overvejes at unklade felterne med afkrydsning af, om det drejer sig om kommunikation, medicin eller andet. Det vil være fint at supplere med at give muligheden for at rapportere elektronisk, idet det kan ske såvel under indlæggelsen som efter indlæggelsen. For nogle gigtpatienter vil det endvidere være lettere at anvende et tastatur end et skriveredskab. De pårørende kan også få muligheden for at supplere på denne måde. Det findes værdifuldt at bibeholde VAS-skalaen på skemaet, hvor patienten angiver hvor alvorlig han/hun mener hændelsen har været for ham/hende. Det har netop medvirket til ny erkendelse for personalet, at patienten kan opfatte en hændelse som værende meget mere alvorlig, end de måske selv har gjort.

Introduktionen til personalet og diskussion af holdninger til patienternes mulighed for at rapportere bør struktureres systematisk og kan suppleres med diskussioner f.eks. i grupper, ligesom opfølgningen på patienternes rapporteringer skal beskrives og formidles til personalet for at modvirke utrygheden herved.

Det er afgørende, at personalet efterspørger patienternes tilbagemeldinger positivt, og at personalet selv har en følelse af, at rapporteringerne bliver brugt til noget. Derfor er feedback til personalet omkring de iværksatte tiltag vigtig. Det kan endvidere overvejes om vi, som personalet foreslår, skal udarbejde plakater o. lign. til patienterne om, hvad deres tilbagemeldinger har ført til for at øge deres motivation for at udtrykke dem skriftligt. Det er endvidere nødvendigt, at personalet løbende minder patienterne om at udfylde de skemaer, som de får udleveret ved indlæggelsen, idet nogle af dem glemmer dem, og andre har større fokus på f.eks. deres fysiske gener. Det skal dog fortsat være frivilligt, om patienterne ønsker

at udfylde et skema, idet ikke alle patienter er interesserede og forberedte på at skulle give deres mening til kende.

Det er vigtigt, at personalet også får diskuteret den udarbejdede procedure for hvordan og hvem, der bør informere en patient om en fejl, hvis det er et meget følsomt emne, hvor patienten har taget skade som følge af fejlen. Hvordan kan man støtte og forstå den involverede patient? Hvordan er personalets egen støttemuligheder efter en sådan hændelse? Dette har heldigvis ikke været tilfældet i nogle af de beskrevne hændelser i denne rapport, men det er vigtigt at tage højde for situationen, inden den opstår. Personalet har selv erfaret, hvor vigtigt det er at undskylde en uheldig hændelse over for patienten, idet patienterne herefter ikke har følt behov for at gøre mere, og det bliver dermed ikke til en negativ oplevelse for dem.

Det vil for nogle patienter være nødvendigt, at personalet tilbyder deres hjælp til at udfylde skemaet pga. sproglige barrierer, ordblindhed eller gigtplagede hænder, der kan have svært ved at holde om en kuglepen. Ved etablering af patientforløbsvejledere eller kontaktpersoner skal patienterne informeres om dennes funktion og rolle, ligesom patienterne skal informeres om muligheden for, at de kan tale med den Patientsikkerhedsansvarlige som en mere "udenforstående" person. Dette kan f.eks. ske mundtligt ved modtagelsen og skriftligt i velkomstpjecen.

Det har vist sig svært for patienterne at skelne mellem utilsigtede hændelser, risici og generelle forslag til kvalitetsforbedring. En mere klar information til patienterne herom vil formentlig ikke ændre dette radikalt, idet hændelserne opfattes og opleves ud fra forskellige perspektiver, som ofte adskiller sig fra personalets perspektiv. Det betyder samtidig, at det er meget værdifuldt at inddrage patienternes oplevelser og erfaringer. Det er dog meget vigtigt, at organisationen netop er gearret til at følge op på de data, man får ind via patienternes rapporteringer. Det gælder alle informationerne, uanset om de også af personalet opfattes som "fejl" eller som input til kvalitetsudvikling i øvrigt. Herunder hører arbejdet med holdninger, værdier og kultur i forhold til "patientpartnerskab" og den kulturændring, som i øvrigt er i gang i det danske sundhedsvæsen fra "vi ved bedst for patienten" til "sammen finder vi den løsning, som er den bedste og mest holdbare for dig" (udtrykkes bl.a. i "Patientens møde med sundhedsvæsenet").

Ved større datamateriale vil det fremover blive muligt at sammenholde fordelingen af hændelser med de erfaringer man har fra andre undersøgelser nationalt og internationalt.

Styregruppen vil på baggrund af denne rapport tage stilling til, hvordan vi vil anbefale Hospitalsledelsen fremover at inddrage patienterne omkring risikostyring og herunder give patienterne mulighed for skriftlig rapportering af fejl og utilsigtede hændelser.

Referencer

Amtsrådsforeningen m.fl. (2003): *"Patientens møde med sundhedsvæsenet. De mellem menneskelige relationer – anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet"*. Kvalitetsafdelingen Aarhus Amt.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed: *"Patientsikkerhedsstuegang – et ledelsesredskab"*. Læringsset fra Tryg Patient December 2006

Det Sønderjyske Sundhedsvæsen og Kong Chr. X's Gighospital 2004: *"Politik for partnerskab brugeren i sygehuse"*. Upubliceret materiale.

Dyrløv-Madsen, Marlene: *"Sikkerhedskultur på sygehuse – resultater fra en spørgeskemaundersøgelse i Frederiksborg amt"*. Forskningscenter Risø, Juni 2004.

Enhed for brugerundersøgelser: *"Patienters oplevelser på landets sygehuse 2006"*. København: Enheden for Brugerundersøgelser, 2007.

Farrowfield, Lesley and Fleissig, Anne: *"Communication with patients in the context of medical error"*. Brighton and Sussex Medical school, University of Sussex march 2003.

Forskningscenter Risø (2004): *"Resultater fra interviewundersøgelse af patienters holdninger til reaktioner efter utilsigtede hændelser. Delrapport I fra projekt om reaktioner efter utilsigtede hændelser"*. Morten Freil et al. Forskningscenter Risø, Dansk Institut for Medicinsk Simulation, Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amt og Embedslægeinstitutionen Frederiksborg Amt. Risø-R-1497 (DA).

Forskningscenter Risø (2004): *"Spørgeskemaundersøgelse af patientholdninger til reaktioner efter utilsigtede hændelser. Delrapport II fra projekt om reaktioner efter utilsigtede hændelser"*. Henning Boje Andersen et al. Forskningscenter Risø, Dansk Institut for Medicinsk Simulation, Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amt og Embedslægeinstitutionen Frederiksborg Amt. Risø-R-1498 (DA)

Forskningscenter Risø (2004): *"Rekommandationer om reaktioner efter utilsigtede hændelser på sygehuse. Delrapport III fra projekt om reaktioner efter utilsigtede hændelser"*. Doris Østergaard et al. Forskningscenter Risø, Dansk Institut for Medicinsk Simulation, Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amt og Embedslægeinstitutionen Frederiksborg Amt. Risø-R-1499 (DA)

Frankel, A et al: *"Patient Safety Leadership Walk rounds"*. Joint Commission Journal of Quality and Patient Safety, August 2005, vol. 31 n.8 423-437

Gandhi, Tejal K, Graydon-Baker, Erin, Huber, Camilla Neppl, Whittemore, Anthony D., Gustafson, Michael: *"Closing the Loop: Follow-up and Feedback in a Patient Safety Program"*. Journal on Quality and Patient Safety, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. November 2005, vol. 31, n. 11.

Glistrup, Eva (2003): *"Patienters perspektiv på patientsikkerhed"* kap.3 i *"Patientsikkerhed. Fra sanktion til læring"* red. Af Beth Lilja Pedersen og Torben Mogensen, Munksgaard

Halkier, Bente: (2006): *"Fokusgrupper"*. 1. udgave, 4. oplag, Forlaget Samfundslitteratur og Roskilde Universitetsforlag

Kvalitetsorganisationen i Sønderjyllands Amt: *"Utilsigtede hændelser"*. Sønderjyllands Amt 2006.

Lov nr. 429 af 10/06/2003 *"Lov om patientsikkerhed"*

Patientforum (2004): *"Patientrejsen – anbefalinger"*. Upubliceret materiale.

Pedersen, Preben Ulrich og Tewes, Marianne (2002): *"Evaluering af sygeplejen inddrager patienterne"*. Tidsskrift for sygeplejersker nr. 46/2002

Pedersen, Ulla: *"Analyse af fokusgruppeinterviews på Kong Chr. X's Gigthospital – som led i projektet "Patientrapporteringer – partnerskab med patienterne på Kong Chr. X's Gigthospital omkring rapporteringer af fejl/nærfejl og utilsigtede hændelser"*. CVU-Sønderjylland, Februar 2007. Upubliceret materiale.

Rasmussen, Lisbeth (1997): *"Øget samarbejde med patienterne"*. Tidsskrift for sygeplejersker nr. 2/1997

Rasmussen, Bente (25.2.2005): *"Patientpartnerskab med patienterne på Kong Chr. X's Gigthospital omkring indberetninger af fejl/nærfejl og utilsigtede hændelser"*. Baggrundsnotat til projekt patientindberetninger. Upubliceret materiale.

Schiøler. T, Lipzak. H, Pedersen, Beth Lilja et al. *"Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse. En retrospektiv gennemgang af journaler"*. Ugeskrift for Læger 2001; 163 (39): 5370-8.

"Strategi for Kong Chr. X's Gigthospital i Gråsten 2003-2007". Upubliceret materiale.

"Strategisk plan og kontrakt mellem Gigforeningen og Kong Chr. X's Gigthospital vedrørende visioner, overordnede målsætninger, samarbejde og udvikling i 2005-2007". (Kong Chr. X's Gigthospital Februar 2005).

Sundhedsstyrelsen (2002): *"National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet"*.
www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen (2006): *"Årsrapport 2005: Rapporteringssystemet til utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet"*.

World Health Organization (2003): *"Continuous quality development: A proposed national policy"*. København

www.trygpatient.dk

www.moderniseringsprogram.dk (Den nuværende regeringens moderniseringsprogram)

www.altinget.dk

Kontaktperson vedrørende rapporten:

Kvalitetskoordinator og patientsikkerhedsansvarlig

Jette Primdahl

Kong Chr. X's Gigthospital

Toldbodgade 3, 6300 Gråsten

jprimdahl@gigtforeningen.dk

Rapporten kan downloades på: www.gigtforeningen.dk/maerkesager/patientsikkerhed

Bilag 1: Interviewguide til udskrivelsesinterviews med patienter omkring patientoplevelser i relation til utilsigtede hændelser og fejl:

1: Indledning omkring projektets formål og hvad interviewet går ud på.

2: Er der noget, som du kan forestille dig kunne udgøre en risiko for dig eller andre patienter i forbindelse med en indlæggelse her? (fysiske rammer, arbejdsgange osv.)

3: Har du oplevet noget der var lige ved at gå galt under denne eller tidligere indlæggelser her hos os? Det kan som nævnt værre større eller mindre ting.

4: Jeg vil gerne spørge dig om du har oplevet noget der er gået galt under denne indlæggelse eller evt. en tidligere indlæggelse hos os?

5: Hvis det var noget personalet opdagede - hvordan oplevede du så at personalet reagerede? (Evt. Hvad gjorde de? Blev det noteret i journalen? Beklagede man hændelsen over for dig?)

6: Hvordan vil du helst at personalet reagerer, hvis der er noget der går galt eller de kommer til at begå en fejl f.eks. på grund af travlhed?

7: Vi vil gerne forsøge at få patienter til at rapportere sådanne hændelser skriftligt til os så vi kan lære af dem. Hvordan tror du bedst vi kan gøre det? (Stikord, er det til at forstå hvad vi beder om osv.)

8: Hvordan har du det med at tale om fejl og at der er noget som kan gå galt i forbindelse med en indlæggelse på hospital? (Giver det dig tryghed at vi har fokus på det eller får det dig til at føle utryghed at tale om det?)

9: Jeg har skrevet lidt ned undervejs og det vil jeg lige resumere sammen med dig så vi er enige om det. Som nævnt er du anonym når besvarelserne skrives sammen.

Bilag 2: Skema til skriftlig rapportering af fejl og uheldige hændelser.

Hvis du oplever fejl eller uheldige hændelser under dit ophold på Kong Christian X's Gigthospital vil vi meget gerne, at du skriver det ned, så vi får mulighed for at lære af det og ændre på forholdene. Vi vil samtidig gerne, at du også fortæller om hændelserne til personalet, så vi får mulighed for dialog med dig herom.

Vi har specielt fokus på, om du som patient oplever fejl eller uheldige episoder vedrørende medicin og kommunikation. Oplever du andre typer fejl og uheldige hændelser er du selvfølgelig velkomne til at rapportere disse også.

<p>Hvad handler hændelsen om?</p> <p>a) medicinfejl <input type="checkbox"/></p> <p>b) kommunikation <input type="checkbox"/></p> <p>c) andet <input type="checkbox"/></p> <p>Hvad skete der?</p> <p>Hvad oplevede du, der blev gjort i afdelingen?</p> <p>Hvad gjorde du selv?</p> <p>Hvad mener du var medvirkende til at det skete/ hvad kunne have været med til at undgå denne fejl/ hændelse?</p> <p>Hvor alvorlig er denne hændelse for dig? Marker med et kryds:</p> <p>(ubetydelig) <u>0</u> <u>2</u> <u>4</u> <u>6</u> <u>8</u> <u>10</u> (meget alvorlig)</p>

Bilag 3: Brev til patienterne før fokusgruppeinterview:

Kære _____

På Kong Chr. X's Gighospital er vi i gang med et projekt, hvor vi undersøger, hvordan vi bedst kan inddrage patienterne i at fortælle os om evt. fejl og uhensigtsmæssige oplevelser under indlæggelsen.

Vi vil derfor gerne invitere dig til at deltage i et gruppeinterview på ca. halvanden time. Der vil deltage i alt 8-10 patienter fra de tre sengeafdelinger. I vil blive stillet nogle spørgsmål, som I kan diskutere indbyrdes.

Vi vil gerne optage interviewet på bånd, for at kunne skrive jeres udtalelser korrekt ned bagefter. Du vil være anonym i det, der siges og skrives ned og båndet bliver slettet når projektet afsluttes foråret 2007. Interviewet gennemføres af Ulla Pedersen som underviser fra Center for Videregående uddannelser i Sønderjylland og vores patientsikkerhedsansvarlig Jette Primdahl.

På projektgruppens vegne

Jette Primdahl
Kvalitetskoordinator og patientsikkerhedsansvarlig

Interview aftalt til _____d. _____ kl.

Interviewet foregår i Konference 2 på 1. sal. Du vil blive hentet til interviewet på afdelingen.

Skulle du blive forhindret eller hvis du har nogle spørgsmål kan du ringe til: Jette Primdahl på 73 65 40 14 eller sige det til plejepersonalet.

Bilag 4: Brev til plejepersonalet før fokusgruppeinterview:

Kære _____

Vi er, som du måske ved, i gang med et projekt på Kong Chr. X's Gigthospital, hvor vi undersøger, hvordan vi bedst kan inddrage patienterne i at fortælle os om evt. fejl og uhensigtsmæssige oplevelser under indlæggelsen ("Projekt patientrapporteringer").

Dette involverer personalet.
Vi er derfor interesseret i at høre Jeres mening.

Vi vil derfor gerne invitere dig til at deltage i et fokusgruppeinterview mandag den 22.01.07 kl. 13.30-15.00 i det tidl. fysioterapeut-studerendes kontor.

Der vil i alt deltage 6-8 plejepersonaler fra de tre sengeafdelinger.

Formålene med interviewet er at:

- ✓ Få viden om hvordan retningslinierne der giver patienterne mulighed for at rapportere utilsigtede fejl og hændelser, opfattes og håndteres.
- ✓ Få viden om hvordan personalet opfatter og føler sig rustet til at håndtere opgaven

Interviewet bliver optaget på bånd, for at vi kan skrive jeres udtalelser korrekt ned bagefter. I vil være anonyme i det, der skrives ned. Vi forventer også, at deltagerne efterfølgende udviser tavshedspligt over for, hvem der har sagt hvad under interviewet. Interviewet gennemføres af to undervisere fra CVU Sønderjylland, Lene Corydon Petersen og Ellen Sandahl Sørensen.

På projektgruppens vegne

Jette Primdahl
Kvalitetskoordinator og patientsikkerhedsansvarlig

Skulle du blive forhindret eller hvis du har nogle spørgsmål kan du henvende dig eller ringe til Jette Primdahl på 73 65 40 14

Bilag 5: Patienttilfredshedsskema 2007 på KCG

HAR DU VÆRET TILFREDS MED DIT OPHOLD?

Vi vil gerne hele tiden forsøge at gøre indlæggelsen så god som mulig, så patienter/kunder oplever, at de får en god service på alle områder. **Derfor vil vi gerne høre din mening om indlæggelsen**, så vi især kan forbedre os på de områder, hvor vi ikke gør det godt nok.

Der er ikke navn på skemaet, og du er derfor **helt anonym**. Ved langt de fleste spørgsmål kan du blot sætte kryds ud for de svar, der passer til dig og din oplevelse af opholdet.

Du har dog også **mulighed for at uddybe dine svar**, og du har til sidst mulighed for at komme med **din mening om andre ting** i forbindelse med din indlæggelse, som vi ikke har spurgt dig om.

Hvis du har spørgsmål til skemaet, er du **velkommen til at spørge personalet**.

OM DIG SELV

1. Jeg er

Kvinde	<input type="checkbox"/>
Mand	<input type="checkbox"/>

2. Min alder er

<input type="text"/>	år
----------------------	----

3. Mit hovedproblem/diagnose ved indlæggelsen er (kun ét kryds)

Slidgigt i hænder, knæ eller hofter	<input type="checkbox"/>
Lidelse i ryggen (ikke mb. Bechterew)	<input type="checkbox"/>
Lidelse i nakken (ikke mb. Bechterew)	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgi	<input type="checkbox"/>
Leddegigt eller psoriasisgigt	<input type="checkbox"/>
Mb. Bechterew	<input type="checkbox"/>
Hypermobilitet	<input type="checkbox"/>
Bindevævssygdom	<input type="checkbox"/>
Anden gigtsygdom, evt. nævn:	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

Kun et kryds

4. Har du været indlagt hér før?

Nej, det er min første indlæggelse hér	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg har været indlagt hér før	<input type="checkbox"/>

INFORMATION

5. Hvordan oplevede du den samlede information fra os *inden* indlæggelsen?

Særdeles tilfredsstillende <input type="checkbox"/>	Meget tilfredsstillende <input type="checkbox"/>	Tilfredsstillende <input type="checkbox"/>	Mindre tilfredsstillende <input type="checkbox"/>	Helt utilfredsstillende <input type="checkbox"/>
--------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------	------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

Hvis du har uddybende kommentar til dit svar, så skriv det her:

6. Hvordan oplevede du den samlede information, du fik *under* indlæggelsen?

Særdeles tilfredsstillende <input type="checkbox"/>	Meget tilfredsstillende <input type="checkbox"/>	Tilfredsstillende <input type="checkbox"/>	Mindre tilfredsstillende <input type="checkbox"/>	Helt utilfredsstillende <input type="checkbox"/>
--------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------	------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

Hvis du har uddybende kommentar til dit svar, så skriv det her:

OPHOLDET

7. Hvad synes du om indlæggelsen som helhed?

Særdeles tilfredsstillende <input type="checkbox"/>	Meget tilfredsstillende <input type="checkbox"/>	Tilfredsstillende <input type="checkbox"/>	Mindre tilfredsstillende <input type="checkbox"/>	Helt utilfredsstillende <input type="checkbox"/>
--------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------	------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

Hvis du har uddybende kommentar til dit svar, så skriv det her:

8. Hvordan vurderer du alt i alt, at forløbet under indlæggelsen var tilrettelagt?

Særdeles tilfredsstillende <input type="checkbox"/>	Meget tilfredsstillende <input type="checkbox"/>	Tilfredsstillende <input type="checkbox"/>	Mindre tilfredsstillende <input type="checkbox"/>	Helt utilfredsstillende <input type="checkbox"/>
--------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------	------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

Hvis du har uddybende kommentar til dit svar, så skriv det her:

9. Blev dine forventninger til opholdet indfriet?

I høj grad	I nogen grad	Både/og	I mindre grad	Slet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har uddybende kommentar til dit svar, så skriv det her:

10. Oplever du, at opholdet har givet dig færdigheder og viden, som du kan bruge i din hverdag efter indlæggelsen?

I høj grad	I nogen grad	Både/og	I mindre grad	Slet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har uddybende kommentar til dit svar, så skriv det her:

11. Hvordan oplevede du kvaliteten af kost og rengøring?

	Særdeles tilfredsstillende	Meget tilfredsstillende	Tilfredsstillende	Mindre tilfredsstillende	Helt utilfredsstillende
Morgenmaden					
Middagsmaden					
Aftensmaden					
Rengøringen generelt					

Hvis du har uddybende kommentar til dit svar, så skriv det her:

VENTETIDEN

12. Hvor lang tid er der gået, fra du er blevet henvist, til du er blevet indlagt?:

ca. _____ mdr.

13. Har du forsøgt at påvirke tidspunktet for din indlæggelse?

Nej	
Ja, jeg har forsøgt at fremrykke tidspunktet for indlæggelsen, og <i>med succes</i>	
Ja, jeg har forsøgt at fremrykke tidspunktet for indlæggelsen, men <i>uden succes</i>	
Ja, jeg har forsøgt at udskyde tidspunktet for indlæggelsen, og <i>med succes</i>	
Ja, jeg har forsøgt at udskyde tidspunktet for indlæggelsen, men <i>uden succes</i>	

14. Hvad synes du om ventetiden, fra du blev henvist, til du blev indlagt?

Alt for lang <input type="checkbox"/>	For lang <input type="checkbox"/>	Passende <input type="checkbox"/>	For kort <input type="checkbox"/>	Alt for kort <input type="checkbox"/>
------------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------------

15. I hvilket omfang inddrog afdelingens personale dig i de beslutninger, der skulle træffes om din behandling og pleje?

For meget <input type="checkbox"/>	Passende <input type="checkbox"/>	For lidt <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Hvis du har uddybende kommentar til dit svar, så skriv det her:

16. Var du tryk eller utryk ved at skulle hjem fra hospitalet?

Meget tryk <input type="checkbox"/>	Tryk <input type="checkbox"/>	Utryk <input type="checkbox"/>	Meget utryk <input type="checkbox"/>
----------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------

Hvis du har uddybende kommentar til dit svar, så skriv det her:

ANDRE TING? – ROS ELLER RIS

17. Har du kommentarer til dit ophold, ros eller ris, spørgsmålene i spørgeskemaet, andre ting eller forslag til forbedringer?
